



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica

Por Tânia Sofia Henriques Vaz de Almeida Pontes

LISBOA, maio de 2012



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica

Por Tânia Sofia Henriques Vaz de Almeida Pontes

Sob orientação de Mestre Manuela Madureira

LISBOA, maio de 2012

Dedico este relatório à memória do meu avô Joaquim.
Agradeço à minha família todo o apoio e paciência dos últimos tempos.

RESUMO

O objetivo do presente relatório é apresentar o trabalho desenvolvido em estágio no período de 27 de abril 2011 e 27 de janeiro 2012 no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de natureza profissional, na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, através da prestação de cuidados ao adulto e idoso.

O estágio foi dividido em três módulos. O módulo III, opção enfermagem geriátrica, foi realizado no Lar Padre Carlos onde foram desenvolvidas competências técnico-científicas e relacionais, prestando cuidados de enfermagem especializados ao idoso residente no lar e sua família. Foram realizadas duas ações de formação dirigidas às ajudantes de lar sobre “Posicionamentos, Prevenção de Úlceras de Pressão, Postura Corporal”, organizei reflexões em equipa sobre as atitudes e comportamentos adequados para com os idosos, construí inclusive um *poster* sobre esta temática (que foi apresentado no V Congresso Nacional do Idoso na FIL). Foi criado, também o manual de procedimentos para enfermeiros, de modo a uniformizar os cuidados prestados. Incidindo no processo individual do utente foi construída uma folha de admissão aos utentes no lar e uma folha de registo de avaliação e tratamento de feridas. Foram deixados na instituição dois *dossiers* com artigos de formação.

O módulo I corresponde ao serviço de urgência e foi realizado no Serviço de Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz. Tinha como propósito desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, prestando cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa de médio e alto risco em situação urgente/emergente e sua família, prestando cuidados aos utentes admitidos. Constituí uma base de dados informatizada sobre o material para tratamento de feridas, que incluía a descrição, mecanismo de ação, modo de aplicação, indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens dos diferentes materiais utilizáveis.

O módulo II foi realizado no Hospital da Luz na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. O objetivo foi desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, prestando cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa em situação crítica e sua família. Neste módulo, abordei a temática das úlceras de pressão, através de uma ação de formação, e da criação de um *poster* de algoritmo de decisão de tratamento. Também foi realizada uma ação de formação com o objetivo de sensibilização para a triagem dos resíduos hospitalares e feita a atualização da norma de administração da alimentação entérica para a unidade de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Current Report's goal is to present and analyze the work developed between 27th of April 2011 and 27th of January 2012, following the Masters Course in Nursing, of Professional Nature, with specialization in Medical-Surgical field; based on the developing of nursing healthcare services to adults and elderly patients. The internship was divided in three modules. Module III (Geriatric Nursing option) was performed in "Padre Carlos" Retirement Home. Here, technical and scientific competences were developed, performing specialized nursing healthcare treatments to resident elderly people and their family. Aiming to improve the quality of healthcare performed, two training sessions were carried out (addressed to Retirement Home nursing assistants about "Patient Positioning, Pressure Ulcers Prevention and Body Posture"), team discussions concerning how to take care of elderly patients (attitudes and behaviors) were organized, a poster over this theme was built (was presented in the "V Elderly National Congress" in FIL), was created a manual of procedures for nurses in order to nursing healthcare. Based in patient's individual process was crafted a residents' admission form and a register form to evaluate wounds and its treatment. Lastly, two dossiers with training articles were constructed, including several healthcare performing essential contents.

Module I was performed in an Emergency Unit in Hospital da Luz's Permanent Medical Care Service. Its main objective was to develop technical and scientific competences, performing specialized nursing healthcare to elderly people in urgent/emerging situation of high/medium risk and their family. To accomplish that, I perform a database of wounds treatment clinical equipment, which included its description, action mechanism, application method, medical indications and counter-indications, advantages and disadvantages of the different types of material usage.

Module II also took place in Hospital da Luz, in the Intensive Care Unit. Its main purpose was to develop technical, scientific and interpersonal skills, completing specialized nursing healthcare to elderly clients in critical status and their family. In this module, Pressure Ulcers theme was performed a training session and developed threw the creation of a treatment decision algorithm poster. It was also performed a training session, aiming to raise the awareness about clinical waste sorting. Finally, tube feeding administration norm was updated in the Intensive Care Unit.

LISTA ABREVIATURAS

HLuz- Hospital da Luz

LISTA DE SIGLAS

AE- Alimentação Entérica

AMP- Atendimento Médico Permanente

DGS- Direção Geral de Saúde

HCVP- Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

ICS- Instituto Ciências da Saúde

IMC- Índice de Massa Corporal

NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

OE- Ordem dos Enfermeiros

PSST- PT- Pressure Score Status Tool- Portugal

SO- Sala de Observação

UCP- Universidade Católica Portuguesa

LISTA DE ACRÓNIMOS

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

FIL- Feira Internacional de Lisboa

GAIF- Grupo Associativo de Investigação em Feridas

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS- Organização Mundial de Saúde

PUCLAS- Pressure Ulcer Classification e PUSH- Pressure Ulcer Scale for Healing

REPE- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

0-	INTRODUÇÃO	7
1-	FUNDAMENTAÇÃO DOS ESTÁGIOS	10
1.1-	O conforto do idoso - uma intervenção de enfermagem	10
1.2-	Competências Mobilizadas	14
1.3-	Competências Desenvolvidas.....	16
1.3.1-	Modulo III- Lar Padre Carlos	16
1.3.2-	Modulo I- AMP do Hospital da Luz	31
1.3.3-	Modulo II- UCI do Hospital da Luz	41
2-	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
3-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
4-	APÊNDICES.....	56
4.1-	Apêndice 1- Manual de procedimentos para enfermeiros no Lar Padre Carlos.	57
4.2-	Apêndice 2- Folha de admissão do utente no Lar Padre Carlos.	94
4.3-	Apêndice 3- Folha de avaliação e registo de tratamento de feridas.....	99
4.4-	Apêndice 4- Ação de formação no Lar Padre Carlos.	102
4.5-	Apêndice 5- V Congresso do Idoso.	114
4.6-	Apêndice 6- Base de dados sobre material para tratamento de feridas.....	119
4.7-	Apêndice 7- Poster de decisão de tratamento de úlceras de pressão.	126
4.8-	Apêndice 8- Manual de produtos para tratamento de úlceras de pressão.	128
4.9-	Apêndice 9- Ação de formação sobre “Novas <i>Guidelines</i> ” para úlceras de pressão....	165
4.10-	Apêndice10- Ação de Formação sobre triagem de resíduos hospitalares.....	177
4.11-	Apêndice 11- Norma de administração da alimentação entérica para a UCI.	184

0- INTRODUÇÃO

O curso de mestrado em enfermagem de natureza profissional, na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, segundo o regulamento geral do ICS/ UCP, “visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave” (UCP, 2009).

O desenvolvimento de competências para a assistência em enfermagem, segundo a Ordem dos enfermeiros é: “para dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas, organizam-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida em enfermagem, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade a prestar aos cidadãos” (OE, 2009).

Para Vieira, (2009) todas as profissões devem existir com o objectivo de responder às necessidades de serviços humanos sentidas pelas pessoas e pelas sociedades, nomeadamente a necessidade de cuidar e ser cuidado, nascendo assim a necessidade de enfermagem.

A profissão de enfermagem é definida segundo o REPE, capítulo II, artigo 4º, 1ª linha: “A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível” (REPE, 2006).

Segundo o mesmo decreto-lei, capítulo II, artigo 4º, 3ª linha: “Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Este regulamento geral foi aprovado pelo Decreto-Lei 104/98 de 21 abril, artigo 7º (REPE, 2006).

De acordo com o plano de estudos do curso de mestrado, foi proposto a realização de estágio, (divididos em três módulos de 180 horas cada), sendo que decorreu no período de 27 de abril 2011 a 27 de janeiro de 2012, num total de 540 horas de contacto.

O módulo III (opção enfermagem geriátrica) foi realizado no Lar Padre Carlos, no período de 27 abril a 30 junho de 2011. A escolha por esta instituição de assistência aos idosos, baseou-se no facto de esta ter um protocolo em vigor com o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (onde exerço funções atualmente) e com a Universidade Católica Portuguesa. Já a opção pela área de enfermagem geriátrica esteve relacionada com o facto de sempre ter desempenhado funções em serviços de internamento de valência de medicina e cirurgia, e pretendia aprofundar conhecimentos na área de geriatria. Considero que os idosos e a velhice são temas de preocupação na sociedade dos nossos dias, devido ao crescente e rápido envelhecimento da população portuguesa, que tem modificado significativamente a nossa Pirâmide Etária.

A problemática do envelhecimento é uma das preocupações de maior interesse da sociedade nos nossos dias, mas muitas vezes estamos pouco conscientes da real dimensão do processo de envelhecimento e dos fatores que lhe estão associados. O crescente envelhecimento demográfico pode resultar do aumento da qualidade de vida e da esperança média de vida, bem como a diminuição da taxa de natalidade. Envelhecer passou a ser um problema psicológico, pessoal, familiar e está a tornar-se um problema social. O envelhecimento da população portuguesa começa a colocar novos desafios e novas exigências aos sistemas de saúde, os idosos são um grupo que necessita de cuidados especializados e contínuos.

O módulo I (serviço de urgência) foi efetuado no serviço de Atendimento Médico Permanente do Hospital da Luz, no período de 26 setembro a 18 de novembro de 2011. A preferência por esta organização relaciona-se com o conhecimento da realidade de uma instituição privada, sustentado pelo grande investimento em inovação tecnológica e numa equipa dinâmica que busca cuidados de excelência.

Por último, o módulo II (cuidados intensivos/ intermédios) foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz, no período de 21 novembro 2011 a 27 janeiro 2012. A minha opção recaiu por este serviço por ser uma unidade de cuidados intensivos polivalentes, com clientes do foro médico e cirúrgico.

O presente relatório descreve todo o meu percurso como formando nos três locais de estágio e de forma cronológica. Os principais objetivos estabelecidos para este documento foram descrever e analisar as diferentes atividades realizadas, face às metas delineadas e evidenciar as competências desenvolvidas e adquiridas na área de enfermagem médico-cirúrgica e na prestação de cuidados ao idoso. A metodologia utilizada neste relatório baseou-se em pesquisa bibliográfica, descrição de atividades desenvolvidas e análise crítico-reflexiva. Ao longo do período de desenvolvimento do estágio tive oportunidade de pôr em prática conteúdos lecionados na componente teórica do curso. Esta teve um contributo nas tomadas de decisão, no desenvolvimento de capacidades para intervenção prática, ao nível da iniciativa e do espírito crítico-reflexivo face às situações com que me deparei na prestação de cuidados.

A estrutura deste relatório encontra-se decomposta em dois capítulos. O primeiro capítulo, dividido em três subcapítulos, apresenta o conceito de conforto como intervenção de enfermagem à luz da teórica Kolcaba. Em seguida são descritas as competências mobilizadas na minha experiência profissional. Até ao final deste capítulo, são descritos os estágios referentes aos três módulos. Por seu lado, o segundo e último capítulo compreende as considerações finais, destacando-se a análise crítica, reflexões sobre a aprendizagem, principais contributos, dificuldades e limitações sentidas durante este período de estágio.

Na redação deste documento utilizei o termo utente ou cliente, e não de doente conforme consta do plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa, com exceção para as citações dos autores. Esta circunstância prende-se com o facto do indivíduo a quem prestei cuidados ser utente do lar onde residia (Lar Padre Carlos), ou cliente da instituição privada (Hospital da Luz).

Este relatório será realizado segundo o regulamento geral instituído pela Universidade Católica Portuguesa, o Instituto Ciências da Saúde (UCP, 2009).

1- FUNDAMENTAÇÃO DOS ESTÁGIOS

Neste capítulo será abordado o conceito de conforto, à luz da teórica Katharine Kolcaba. A autora nasceu em 1944 em Ohio, e formou-se como enfermeira generalista em 1965, e mais tarde com a especialização em enfermagem de gerontologia. Dedicou-se sempre ao ensino e à investigação na área de geriatria e cuidados em fim de vida. A sua teoria do conforto foi desenvolvida em 1990, tornando-se assim, uma autora contemporânea. No percurso dos três módulos de estágios o alvo dos meus cuidados foi a pessoa idosa, nos diferentes contextos (residente no lar, urgência e cuidados intensivos) e o seu conforto seguido pela teórica de enfermagem Kolcaba.

1.1- O conforto do idoso - uma intervenção de enfermagem

Nos cuidados de enfermagem aos idosos o enfermeiro torna-se o elo de ligação, pois é ele que identifica as necessidades, estabelece as prioridades, formula diagnósticos de enfermagem tanto para situações agudas como crónicas, planeia e executa intervenções dirigidas e individualizadas tanto ao idoso como ao seu cuidador. O enfermeiro atua na promoção da saúde e bem-estar.

Conforto é uma palavra que está integrada no dia-a-dia dos profissionais e nos registos dos enfermeiros, uma vez que diariamente se realizam ações/intervenções de conforto e foi tomada como senso comum entre os prestadores de cuidados de saúde. Segundo a NANDA (2001), a definição de conforto é: diagnóstico de enfermagem - “potencial para melhorar, definido como padrão de bem-estar, alívio e transcendência em dimensões físicas, psicoespirituais e do meio envolvente e/ou que possam ser fortalecidas”. Por seu lado, a CIPE (2006) define o conforto como a “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”.

Segundo a bibliografia consultada (Pinto, et al., 2008), e embora os cuidados prestados aos idosos visem o seu conforto, a percepção dos enfermeiros como profissionais têm de conforto, enquanto prestadores de cuidados de saúde, pode ser diferente. Se para alguns profissionais é suficiente a satisfação das necessidades básicas, outros dão importância ao cuidar de forma holística, aliviando o desconforto em todas as suas dimensões, como nos refere a teórica Kolcaba.

Desde sempre, como afirma Apóstolo (2009), o conforto tem sido um conceito identificado como elemento omnipresente nos cuidados de enfermagem. A escolha teórica pela perspectiva da teórica Kolcaba para caracterizar o conforto na ótica dos cuidados de enfermagem, deve-se ao facto de esta ver o conforto como intervenção de enfermagem, ou seja, aliviar ou eliminar o desconforto, sendo esta uma preocupação constante do enfermeiro.

Ainda segundo a mesma autora referenciada por Apóstolo, "os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; o conforto é um resultado desejável, holístico, que está associado à disciplina de enfermagem e no qual os seres humanos empenham-se ativamente, por satisfazer ou terem as suas necessidades básicas de conforto satisfeitas" e "o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos 3 estados de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência" (Apóstolo, 2007, p 33):

- Alívio: estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual,
- Tranquilidade: estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente,
- Transcendência: estado no qual cada pessoa se sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos distintos:

- Contexto Físico: diz respeito às sensações corporais, inclui aspetos físicos do utente como relaxamento, descanso, tratamento, dor, posicionamento, eliminação, hidratação, oxigenação, etc.
- Contexto Sociocultural: baseia-se nas relações interpessoais, familiares e sociais. Pode incluir a vida social e questões financeiras.

- Contexto Psicoespiritual: a consciência de si inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade e sentido de vida.
- Contexto Ambiental: envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento, mobiliário, cor, temperatura, elementos naturais ou artificiais do meio.

Para Kolcaba (1994), as necessidades em saúde são definidas como aquelas que o cliente e família identificam, em determinada conceptualização da enfermagem prática. As variáveis intervenientes são fatores que não são suscetíveis de mudança e, sobre os quais, os prestadores de cuidados têm pouco controlo. Assim, a capacidade do prestador de cuidado suprimir todas as necessidades do cliente e família pode estar, à partida, limitado. Quando os utentes atingem o conforto sentem-se restabelecidos e com desejo de adquirir comportamentos de vida saudável. Estes utentes tratam-se melhor e com mais rapidez, pois estão num estado de satisfação através do qual superam melhor todos os obstáculos com que se deparam, conseguindo uma melhor adaptação a qualquer limitação que possuam, face aos utentes insatisfeitos e desconfortáveis. Ainda segundo a mesma autora, considera o conforto importante na fase final da vida para atribuir ao utente uma morte calma e serena nos quatro contextos anteriormente referidos.

Os metaparadigmas definidos segundo a teórica (Kolcaba, 1994):

- Enfermagem: processo de avaliação das necessidades de conforto do doente, desenvolvimento e implementação de intervenções de enfermagem adequada e avaliação do conforto do paciente após as intervenções de enfermagem.
- Saúde: ótima função definida pelo cliente, grupo, família ou comunidade.
- Doente: indivíduo, família, instituição, comunidade com necessidades de cuidados de saúde.
- Ambiente: qualquer aspecto do cliente, família, instituição que pode ser manipulado pelo enfermeiro para alcançar o conforto.

Ao contrário de Kolcaba que vê o conforto como uma necessidade humana, segundo a teórica Patricia Benner, o conforto é visto como um objectivo ou resultado de uma intervenção e competência do enfermeiro. Para esta autora, o prestar cuidados que tragam conforto ao cliente (resultado) é classificado como sendo competente na sua intervenção (Benner, 2001).

A obra da autora (Benner, 2001) trouxe contribuições à disciplina de enfermagem quando diferenciou o conhecimento teórico – “saber o quê” - do conhecimento prático - “saber como”. Para esta autora, os profissionais devem atravessar cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Benner demonstrou assim, que o conhecimento teórico e a prática de enfermagem se inter-relacionam na formação dos profissionais.

A mesma autora trouxe a premissa que os enfermeiros considerados especialistas desenvolvem práticas e cuidados aos utentes baseados nas suas experiências e atividades diárias. Na visão desenvolvida por esta autora, o enfermeiro tem perícia, de acordo com a sua experiência, para tomar decisões fundamentadas de forma a proporcionar conforto aos utentes. Mais, nem todo o conhecimento vem nos livros ou tem origem no campo teórico, por vezes apenas na atividade prática conseguimos apurar, de forma fidedigna, o que melhora o conforto dos utentes.

Benner (2001, p. 54) chama a atenção para um facto importante: “não é só pelos anos de serviço que adquirimos o estatuto de especialista”. Um profissional que mude de serviço todos os anos não se torna especialista em nenhuma área, mesmo que já trabalhe há vinte anos. Contudo, um profissional que trabalhe apenas há cinco anos, mas sempre no mesmo serviço, com um tipo de doente, tornou-se especialista nessa área.

Nos subcapítulos que se seguem, passarei a descrever e a analisar com maior detalhe as competências mobilizadas na minha experiência profissional e as competências adquiridas em cada um dos módulos, e respectivos locais de estágio, de forma a adquirir todas as competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

1.2- Competências Mobilizadas

O autoconhecimento permite-nos crescer, dado ser uma competência fundamental no desenvolvimento profissional dos enfermeiros. No contexto do enfermeiro especialista, este conhecimento torna-se fundamental para mobilizar as competências adquiridas no local de trabalho.

No plano de estudos da UCP/ICS (2009) encontram-se definidas as competências para o enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica. Apenas vou referenciar algumas das competências de especialista que foram mobilizadas em contexto específico de experiência profissional no local de trabalho.

Iniciei funções como enfermeira generalista há cerca de 8 anos. Ao longo deste período prestei cuidados a clientes internados em serviços de enfermagem nas especialidades de medicina e cirurgia. No percurso da minha vida profissional tive oportunidade de progredir como pessoa e como profissional, adquirindo ao longo do tempo mais responsabilidades e mais competências.

Desempenho funções no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) em regime de horário completo há cerca de 8 anos. Apesar do HCVP ter sido inaugurado no ano de 1965, ao longo dos anos tem sofrido uma profunda modernização e reestruturação, estando hoje equipado com meios tecnológicos de última geração. Com uma capacidade de 150 camas, com internamento de clientes do foro de medicina e cirurgia, distribuídos por quartos individuais, duplos e triplos. Tem ainda 7 salas de bloco operatório, uma UCI com capacidade de 20 camas (12 destinadas a adultos e 8 para pediatria), e um serviço de obstetrícia com bloco cirúrgico e salas de parto.

Eu desenvolvo o meu trabalho no Serviço de Internamento Piso 6, que tem uma capacidade para 24 clientes em regime de quarto individual e um quarto duplo. O serviço integra as valências de medicina, especialidades cirúrgicas (ortopedia, cardiotorácica, vascular, ginecologia, neurocirurgia, urologia e cirurgia geral) e oncologia médica (inclui internamento e tratamentos de administração de quimioterapia).

Sou responsável de equipa desde o ano 2008, tendo desde logo colaborado na formação individual aos elementos da equipa (em contexto de trabalho), na colaboração do plano de formação em serviço, na supervisão dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e auxiliares médicas, no processo de integração de novos elementos no serviço, no apoio e orientação dos restantes elementos da equipa em situações de cuidados de maior complexidade, na gestão de situações de conflito, na monitorização dos movimentos de doentes no turno, no apoio à manutenção dos *stocks* de materiais, na operacionalidade dos equipamentos e colaboração com a enfermeira coordenadora do serviço, de acordo com o regulamento do HCVP que define as Competências do Enfermeiro Responsável de Equipa.

Estas actividades permitem desenvolver as competências de enfermeira especialista na liderança de equipas na prestação de cuidados na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, realizar a gestão dos cuidados, zelar pela qualidade dos cuidados prestados e promover a formação em serviço.

Ao longo destes oito anos como enfermeira generalista, tive à minha responsabilidade a formação de alguns alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem que realizaram os ensinamentos clínicos no serviço. Tive oportunidade de colaborar com a equipa pedagógica da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, orientando, supervisionando e avaliando alunos do 2º Ano do Curso de Licenciatura, em sessões teórico-práticas em contexto hospitalar nos Serviços de Medicina do Centro Hospitalar da Zona Central (Hospital de São José) e Centro Hospitalar da Zona Ocidental (Hospital de Egas Moniz).

Todas estas experiências permitiram desenvolver competências de especialista demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na área de enfermagem médico-cirúrgica e manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Foi possível nos últimos anos realizar formação em serviço, no hospital e várias apresentações em congressos sobre temáticas sujeitas à investigação, (desta panóplia destaco o tema da Crioterapia e dos Cuidados Paliativos). Estas experiências permitiram participar e promover a investigação em serviço, incorporar na prática os resultados desta investigação, demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e aprofundando conhecimentos.

1.3- Competências Desenvolvidas

Segundo o documento regulador das competências comuns das especialidades OE: “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. De acordo com o mesmo documento, a definição das competências do enfermeiro especialista decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2010).

Independentemente da área de especialidade de formação, segundo a OE, “os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010).

1.3.1-Modulo III- Lar Padre Carlos

O módulo III, opção pela enfermagem geriátrica, foi realizado na instituição Lar Padre Carlos, entre os dias 27 de abril e 30 junho de 2011.

O Lar Padre Carlos situa-se na freguesia de São Domingos de Benfica e foi inaugurado em março de 2008. Com capacidade para 60 utentes com idade superior a 65 anos, actualmente, segundo os registos internos, a média de idades situa-se entre os 85 e os 90 anos. Da capacidade total da instituição, 15 vagas foram atribuídas aos utentes inscritos

e encaminhados pela Segurança Social e as restantes (45) traduzem-se em utentes particulares, oriundos da paróquia ou da freguesia de São Domingos de Benfica.

O envelhecimento da população em Portugal é um fenómeno já assumido nos dias de hoje como uma preocupação devido à diminuição da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida. Este problema de envelhecimento necessita de algumas reestruturações a nível familiar e social de modo a criar soluções para cuidar dos idosos, havendo necessidade de apoio à terceira idade, onde se podem incluir organizações como os lares residenciais (Lar, 2008).

Segundo o Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de fevereiro de 1998: “Considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.”. Segundo o mesmo diploma, o Lar deve ter como objetivos: “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; criar condições que permita preservar e incentivar a relação intra-familiar e potenciar a integração social” (pag.760, 1998).

De acordo com a Dr^a Mónica Rosas (2011) - assistente social do Lar Padre Carlos, as alternativas ao lares para idosos são os centros de dia e o apoio domiciliário. Nos centros de dia, os idosos podem criar uma rede social de amigos, que os mantém afastados de sentimentos como a solidão e onde podem desenvolver e manter as suas competências, através da realização de algumas atividades, o que permite manter os utentes com algum grau de autonomia, sendo que no final do dia regressam a casa. O apoio domiciliário é um serviço solicitado quando existe alguma perda de autonomia, necessitando de ajuda para as atividades de vida diária (como comer, vestir, tomar banho, dar um passeio) e os funcionários que prestam este apoio podem permanecer no domicílio por períodos ou a tempo inteiro. Por vezes, a última solução é a institucionalização no lar (Rosas, 2011).

Segundo o regulamento interno, este Lar foi criado com o objectivo de “dar resposta a situações de maior carência material, social e de isolamento de idosos”. Segundo o mesmo documento, o Lar rege-se por vários princípios que têm de ser integralmente

respeitados. São eles a individualidade, igualdade, dignidade, respeito, participação, intimidade, capacidade de escolha, reflexão, autonomia, privacidade e confidencialidade (Lar, 2008).

A estrutura física da instituição encontra-se dividida em 4 pisos. No piso 0, destinado sobretudo aos serviços e espaços coletivos, localiza-se a entrada (onde se encontra o segurança, que realiza todos os registos de entradas e saídas desde os utentes, funcionários e familiares) podemos encontrar a secretaria, os gabinetes de direção, uma arrecadação com todo o tipo de material (organizado por consumo clínico, consumo dos utentes, detergentes e alimentação), sala de atividades para os utentes, a lavandaria e a rouparia. No piso 1, localiza-se a sala de enfermagem, a cozinha e os quartos dos utentes totalmente dependentes. Na sala de enfermagem são prestados os serviços de saúde. Nesta divisão é feito o armazenamento da terapêutica de cada utente, o arquivo dos processos dos mesmos e ainda podemos encontrar uma mesa de trabalho com computador. Entrando no piso 2, deparamo-nos com o refeitório e os quartos dos utentes parcialmente dependentes. No piso 3, temos um outro refeitório e os quartos dos utentes independentes. Por fim, existe ainda um pequeno jardim interior envidraçado, que permite a permanência dos utentes e que inclui uma vista para a Serra de Monsanto.

O Lar possui boas acessibilidades, possibilitando aos idosos uma deslocação por todo o edifício, incluindo idas ao exterior, inclusive através de cadeira de rodas. Existem dois elevadores, situados estrategicamente, que facilitam a deslocação dos utentes, principalmente os mais dependentes, não obstante que estes necessitem de ajuda na maioria das situações. Em toda a sua estrutura física, o lar possui corredores largos, amplos e bem iluminados, com corrimão de apoio em toda a sua extensão.

Os quartos dos utentes podem ser individuais ou duplos e cada quarto possui a sua casa de banho, o que garante a total privacidade dos idosos. As dimensões dos quartos permitem a mobilização de qualquer tipo de utente, inclui aqueles com um elevado grau de dependência. Os quartos têm uma decoração mobiliária semelhante. Todavia, cada utente pode caracterizá-lo com os seus objetos pessoais, fotografias e recordações que tenham mais significado para si. A posse destes objetos conferem um certo conforto, prazer e controlo enquanto território individual e refúgio (Berger, et al., 1995). Os roupeiros são individualizados e embutidos, sendo suficientes para a arrumação das roupas. Estas são mudadas pelos funcionários a cada mudança de estação.

Cada utente do Lar veste a sua roupa e coloca os seus acessórios e bijutaria, que são personalizados de acordo com o seu gosto, permitindo manter a individualidade de cada um. Não é permitido permanecer todo o dia de pijama, a não ser em situações excecionais de doença, que tenham de permanecer acamados. À entrada dos quartos não existe o nome dos utentes ou uma fotografia dos mesmos. Por isso, no início foi complicado saber qual o quarto de cada utente. De facto, apenas existe um mapa que atribui o número do quarto ao utente, o que faz com que para qualquer funcionário que chegue seja difícil decorar todos os nomes e a localização dos quartos, bem como para os utentes recém-admitidos (que por vezes já não sabiam qual era o seu quarto dado que muitos não conseguiam decorar o número atribuído e outros não conheciam os números). Para suprir esta questão, foi sugerido à equipa colocar o nome ou a fotografia na entrada dos quartos. Porém, esta mudança necessita de aprovação da direção. De acordo com o regulamento interno (Lar 2008), os motivos de admissão dos utentes estão relacionados, de uma forma ou de outra, às seguintes causas:

- Desorientação da pessoa idosa quer em termos temporais, espaciais ou dificuldade em se reconhecer a si e às pessoas próximas (amigos e familiares),
- O idoso não possui a independência e autonomia necessária para viver sozinho e/ou os familiares com que habitam não terem possibilidade para lhes prestar cuidados durante o dia, uma vez que colide com o seu horário laboral,
- Idosos que vivem sozinhos de forma classificada como “em abandono” pela família: ou porque já não possui família ou esta habita a uma distância considerável,
- Pessoas seniores que necessitam de cuidados especializados; quer de enfermagem quer médicos,
- Utentes que já atingiram uma idade superior a 90 anos, ao mesmo tempo que os cuidadores já têm 70 ou mais anos, (também eles já se encontram na 3ª idade),
- Idosos que apresentem problemas tipicamente associados ao envelhecimento: solidão, isolamento, perda de influência na vida social e familiar, perda de autoestima, incapacidade/ morbilidade e deficiência.

Em relação ao organograma do Lar, a direção é o seu órgão máximo, onde o presidente é o pároco da comunidade. Os restantes elementos são pessoas voluntárias da comunidade que têm o acompanhamento permanente da assistente social e é a eles que compete

tomar todas as decisões relativas às questões importantes no Lar, como a entrada de novos utentes. A enfermeira orientadora é a responsável pelos serviços de enfermagem (em colaboração com a diretora de enfermagem do HCVP) e existe uma equipa de enfermagem com 10 elementos em horários de 20 horas por semana em turnos de roulement. Os restantes funcionários correspondem ao grupo de ajudantes de lar, coordenadas pela assistente social e as assistentes operacionais (desempenham funções na cozinha, rouparia e lavandaria). Existe ainda uma terapeuta ocupacional que desempenha funções de animadora sócio-cultural, que permanece diariamente com os utentes a dirigir, coordenar e realizar atividades manuais, canto e ginástica.

A equipa de enfermagem é responsável por todos os cuidados a prestar aos idosos, podendo delegar funções nas ajudantes de lar, desde que estas sejam supervisionadas. O enfermeiro é o elo de ligação entre o idoso, a família e a equipa multidisciplinar. Os objetivos primordiais do enfermeiro para com o utente, de acordo com o regulamento interno são:

- Proteger e promover a saúde,
- Prevenir complicações dos estados patológicos,
- Satisfazer as necessidades identificadas, percebidas e expressas,
- Favorecer a identidade e a autonomia da pessoa idosa,
- Prevenir o seu isolamento social,
- Prevenir a deterioração da personalidade,
- Ajudar o idoso na otimização das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais,
- Criar um meio para a participação do idoso na vida social,
- Prestação de cuidados gerais e especializados (cuidados de higiene e de conforto, administração de terapêutica, apoio psicológico, técnicas invasivas entre outras),
- Animação e atividades que podem ser realizadas no Lar em colaboração com a terapeuta ocupacional e/ou atividades no exterior,
- Apoio psicológico, escuta ativa e promoção da saúde.

No seguimento e após a contextualização do local de estágio, irei descrever e analisar as atividades desenvolvidas de modo a concretizar os objetivos propostos e as competências adquiridas com a enfermeira especialista.

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências técnico- científicas, relacionais e comunicacionais, prestando cuidados de enfermagem especializados ao idoso residente no lar e à sua família.

Este objetivo foi transversal ao longo do estágio e direccionou-se para a prestação de cuidados ao idoso e à família, de forma a demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos, assim como a capacidade de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados especializados ao idoso e na atuação perante situações complexas e imprevistas, tomando decisões fundamentadas atendendo às responsabilidades sociais e éticas.

- **Objetivos Específicos:**

- a) Conhecer a dinâmica, organização e funcionamento do lar.

No período de integração no Lar tive oportunidade de perceber os fundamentos da sua dinâmica, através da metodologia de funcionamento do mesmo, baseado no modo de actuação e organização dos diferentes agentes que o compõem. Com o objetivo de tornar mais rápida e eficiente a integração nesta instituição, tomei a iniciativa de consultar os documentos já existentes como o regulamento interno, normas e manuais de atuação para os funcionários do lar, que servem de traves mestras para o funcionamento do Lar. Ao longo dos turnos, colaborei na prestação de cuidados aos idosos de modo a obter a visão prática que necessitava para finalizar a integração e a perceção da dinâmica nesta organização.

Aquando da consulta dos vários manuais do Lar, verifiquei que um deles define os objetivos e regras para os funcionários do lar e para toda a sua equipa. Todavia, não existia um compêndio de procedimentos para enfermeiros que uniformizasse os cuidados prestados pela equipa de enfermagem e permitisse uma maior facilidade e objetividade no processo de integração de novos profissionais. A implementação de um manual de procedimentos é um método que permite estruturar cuidados de saúde (de forma a aumentar a sua funcionalidade e qualidade) e esclarecer dúvidas, orientando as ações de enfermagem (funciona como um instrumento de consulta). É vital que este documento contenha informações objetivas e atualizadas.

Assim, os manuais de procedimentos são eficientes instrumentos de trabalho que servem de conduta à nossa ação, desde que sejam compreendidos por toda a equipa de enfermagem e, desta forma, contribuam para um aumento qualitativo da prestação de cuidados. O manual de procedimentos elaborado no Lar, com a colaboração da enfermeira orientadora, encontra-se entre os documentos que formam os apêndices (apêndice 1). Contudo, aguardava aprovação pela direção do Lar para entrar em vigor.

A equipa de enfermagem considerou, desde logo, pertinente a realização deste manual de orientação para as suas práticas. Este encontra-se dividido em cinco capítulos: no primeiro é descrito o funcionamento do Lar e inclui os recursos humanos e materiais existentes assim como a estrutura física. O segundo capítulo diz respeito à organização do serviço, dos enfermeiros aos utentes, começando na admissão do utente e passando pelas transferências, cuidados de enfermagem, pedidos de material de armazém e farmácia, entre outros. O terceiro capítulo refere-se à definição dos cuidados instituídos para a equipa de enfermagem e aborda vários itens, entre os quais, a forma de organização dos cuidados, a administração de terapêutica, a colheita de produtos para análise e os registos no processo clínico do utente. No quarto capítulo são abordadas as funções exclusivas dos enfermeiros como funcionários do lar. No quinto e último capítulo, são explicados em pormenor alguns dos vastos protocolos existentes entre o Lar e outras instituições (de que são exemplo o Centro de Saúde, o Laboratório de Análises, Farmácia) e os procedimentos adequados a ter em conta em cada situação específica relacionada com estas organizações.

Numa altura em que o Lar se encontrava em reestruturação, num processo de candidatura para obter o certificado de qualidade, a falta deste manual revelou-se uma lacuna importante. A criação de um compêndio deste tipo, teve um contributo para esta certificação.

Através da prestação de cuidados ao utente e da criação do manual de procedimentos, pretendia zelar pela qualidade dos cuidados prestados ao idoso institucionalizado e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, eficiente e organizada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

b) Desenvolver cuidados diferenciados/especializados ao idoso.

De modo a alcançar este objetivo aspirei desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao idoso, realizar a gestão de cuidados na área de especialização e tomar a iniciativa na resolução de problemas.

Durante o período de estágio realizei cuidados aos utentes residentes, enfatizando sempre a relação com os mesmos. Os cuidados prestados desmultiplicaram-se entre cuidados de carácter físico (cuidados de higiene e conforto, alimentação, mobilidade, treino de marcha, alternância de posicionamentos), cuidados técnicos (administração de terapêutica e as técnicas invasivas) e os cuidados do tipo psicológico (dar apoio, comunicando e escutando). Nos turnos da manhã, tive a oportunidade de estar com os utentes na sala social, possibilitar que alguns deambulassem com apoio, trazê-los até ao jardim de modo a poderem desfrutar do sol e promover a continência de esfíncteres com idas regulares à casa de banho.

No período das refeições os utentes têm lugares definidos. Aparentemente, esta individualização do espaço não favorece a ligação entre o grupo que se encontra sentado na mesma mesa. Os lugares são atribuídos na admissão, no entanto não obedece a nenhum critério estipulado. Muitas vezes o grupo que estava à mesa não era o de maior convivência no lar. Foi sugerido que existissem algumas trocas de lugares, de forma a permitir que os utentes mais dependentes, mais conflituosos, ou em cadeira de rodas ficassem distribuídos pelo espaço existindo alguma compensação e apoio dos mais autónomos.

Na sala de convívio do 1º andar notei que os utentes sentam-se sempre nos mesmos lugares. Quem chega de novo tem de procurar lugares vazios. Tentei alterar alguns lugares para melhor perceberem a noção do espaço, mas esta medida resultou em conflito. Os idosos estão tão habituados à sua cadeira que já não aceitam mudar. Assim, a sala divide-se em ala direita, onde os mais autónomos aproveitam para ver televisão e conversar. Na ala esquerda, os mais dependentes ficam sentados na cadeira que passam muitas vezes o tempo a dormir. Estes utentes não querem participar em atividades e são aqueles que menos convivem, pois limitam-se a observar o espaço a ver quem passa. Contudo, as tentativas desenvolvidas para mudá-los de lugar falharam uma vez que estes recusam. Mesmo ao tentar incluí-los nas atividades estes opõem-se: apenas querem que os leve para o refeitório para se alimentarem e ir para a cama na hora de descansar.

Adicionalmente, foi possível desenvolver actividades que facilitam a participação dos idosos na comunidade, nomeadamente em acontecimentos culturais promovidos pela paróquia onde acompanhava-mos os idosos a várias festas (são disso exemplo festas dos santos populares e sardinhas). Aos domingos os utentes assistiam à missa dominical na igreja paroquial acompanhados pelas ajudantes de lar.

De acordo com Berger, et al.(p.3, 1995) os cuidados de enfermagem à pessoa idosa institucionalizada no lar têm os seguintes objetivos:

- Proteger e promover a saúde, incentivando a estilos de vida saudável.
- Prevenir complicações em situações patológicas, recorrendo aos enfermeiros.
- Satisfazer as necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas pelos utentes idosos. É, de facto, importante ouvir o que o idoso tem para dizer.
- Promover a identidade e a autonomia das pessoas. (Através da decoração do quarto com algumas peças pessoais com destaque para as fotografias. Permitir que o idoso vista a sua roupa e possa ter colocado os adornos que tanto gosta).
- Prevenir o isolamento social (atividades no interior do lar com auxílio da terapeuta ocupacional, e no exterior do lar - na paróquia e no centro de dia).
- Ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades, de acordo com as preferências de cada um, respeitando os seus valores e crenças.
- Estimular a pessoa a inserir-se no meio e na família (permitir que o idoso permaneça alguns fim de semanas e durante as férias com os seus familiares e amigos).

Nesta instituição verifica-se uma atenção constante aos idosos, que vai desde a assistente social às ajudantes de lar, passando pela equipa de enfermagem. Os cuidados vão de encontro ao conforto físico, como o alívio de queixas álgicas, higiene e/ou massagem corporal. Também o conforto psicoespiritual está presente nos prestadores de cuidados, uma vez que os utentes podem conversar com os enfermeiros, com as assistentes social e com o padre diretor que faz visitas diárias ao lar cumprimentando todos os idosos. De forma a melhorar o conforto sociocultural, realizei várias atividades em conjunto com a terapeuta ocupacional, que foram desde trabalhos manuais, passando por vários jogos ou canções. O conforto ambiental foi uma preocupação adicional, que se materializou na tentativa de evitar que os idosos permanecessem sempre no quarto, sendo possibilitado a sua ida à sala de convívio. Mais, era possível acompanhá-los ao

jardim exterior, até porque muitos dos utentes têm autorização para sair da instituição, o que alegrava os idosos.

Com o objetivo de melhorar os registos do processo dos utentes do Lar e trabalhar para a candidatura de certificação do estabelecimento, foi criada uma folha de registo de admissão do utente na instituição. Esta folha permite uma colheita de dados que orienta uma boa integração do utente na instituição e a continuidade dos cuidados pela equipa. Além do documento ter sido criado em colaboração com a enfermeira orientadora, esta folha de admissão dos utentes também é extensível à restante equipa do lar, fisioterapeuta, assistente ocupacional, assistente social e médica (apêndice 2).

Este instrumento de registo adicionado ao processo do utente permite manter a comunicação entre a equipa e na continuidade dos cuidados. Nesta folha constam o registo biográfico do utente, dados sobre a pessoa de referência e o historial clínico, desde os antecedentes pessoais até à avaliação feita pela enfermeira na admissão. Esta apreciação começa pela observação física, incluindo uma avaliação do estado neurológico (avaliando o estado de consciência, resposta verbal e estado emocional) e do grau de dependência nas actividades de vida diária, que é finalizado com o registo de observações suplementares consideradas pertinentes onde se pode incluir gostos e hábitos de vida do utente ou actividades que lhe sejam mais apreciadas.

Esta folha tem como objectivo ser preenchida logo na admissão do utente ao lar, uma vez que estes são acompanhados por familiares que participam na reunião realizada com a presença da enfermeira responsável e da assistente social. Nesta reunião o utente é apresentado, é-lhe dado a conhecer o regulamento do Lar, são esclarecidas dúvidas e é feita uma apresentação do espaço físico do Lar e do quarto onde o utente permanecerá. É a única altura em que os familiares podem circular pelo Lar, logo são alertados que nas horas de visita os utentes são visitados na sala de convívio. Assim, pretende-se apoiar e acolher o utente admitido, tranquilizar a família e incentivar à sua participação na vida do idoso.

Apesar de na instituição não existir um número elevado de feridas, são mais comuns as lesões abrasivas, escoriações, unhas encravadas, macerações, lesões por humidade e algumas úlceras de pressão foi, ainda, criada outra folha de registo, direccionada para o tratamento de feridas, com o intuito de permitir objetivar e sintetizar os registos de enfermagem sobre a avaliação, classificação e tratamento das feridas, mantendo a

continuidade dos cuidados. Adicionalmente, este documento permite perceber a evolução das feridas, os materiais a serem aplicados e os dias de realização dos pensos. Com este novo instrumento, a direção pôde racionalizar a gestão sobre os gastos de material para pensos, fundamentar a justificação dos gastos juntos dos familiares e as necessidades quanto à presença dos enfermeiros e carga de trabalho (apêndice 3).

Através da criação destes instrumentos de trabalho e na prestação de cuidados pretendi zelar pela qualidade dos cuidados prestados ao idoso institucionalizado, melhorar a comunicação, o relacionamento, as atitudes e comportamentos dos profissionais para com os idosos e a família através de um acolhimento inicial e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Ao demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e relacionamento com o idoso e família, formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

c) Avaliar as necessidades formativas da equipa.

A formação em serviço melhora o desenvolvimento pessoal e profissional através da identificação das necessidades formativas e zelando pelos cuidados prestados. Na partilha de conhecimentos e ao refletir em conjunto com a orientadora de estágio sinalizei temas pertinentes e de interesse para a realização de uma formação no lar, ficando determinado que a ação de formação seria direcionada para os ajudantes de lar. O tema que serviria de suporte ao meu trabalho seriam os “Posicionamentos, Prevenção de Úlceras de Pressão e Postura Corporal” por serem atividades realizadas pelas ajudantes de lar e ser necessário aferir alguns dos seus conhecimentos e posturas. A equipa de ajudantes de lar que se encontra de momento em atividade no Lar Padre Carlos é jovem na instituição e tem uma experiência profissional na área do cuidado ao idoso muito limitado.

A ação foi planeada em conjunto com a enfermeira orientadora e outra enfermeira. Foi realizada a divulgação através de cartazes afixados e por contacto telefónico para que os elementos da equipa se inscrevessem num dos dias programados para a formação. Decorreu no dia 27 e 28 de junho, às 15h15 nas instalações do lar, com a duração de 45 minutos (apêndice 4).

No primeiro dia da formação (27 de junho) estiveram presentes 11 ajudantes de Lar. A ação de formação foi planeada para decorrer num dos quartos dos utentes (com a respetiva autorização da direção) e foi dividida em duas fases. Inicialmente, ocorreu uma apresentação teórica expositiva de 18 minutos e, posteriormente uma formação prática, em que os formandos foram divididos em dois grupos e tiveram oportunidade de colocar em prática tudo o que tinha sido apresentado de forma a validar os conteúdos apresentados e esclarecimento de dúvidas. No final demos lugar à discussão da formação e esclarecimentos de dúvidas existentes, finalizando com o preenchimento da folha de avaliação da ação formativa. Segundo esta avaliação a ação de formação foi considerada muito útil, adequada, com metodologia adequada e avaliação geral de muito bom.

No dia 28 de junho ocorreu a reedição da ação de formação para um total de 7 elementos. Tive a colaboração de uma ajudante de lar que tinha assistido à formação no dia anterior e, assim, foi possível validar os conhecimentos apreendidos e partilha-los com as colegas. Este segundo dia de ação de formação foi avaliado pela equipa como tendo sido útil, pertinente e obteve uma avaliação global de muito bom. A documentação desta acção de formação contém o *poster* de divulgação da ação de formação, o planeamento da sessão, os slides em formato *PowerPoint* com os conteúdos teóricos apresentados, a folha de presença das ajudantes de lar, o certificado de presença e a avaliação da sessão (apêndice 4).

Com o objetivo de melhorar a formação em serviço e disponibilizar alguns conteúdos para esclarecimento de dúvidas, foram criados dois *dossiers* conteúdos pertinentes para os cuidados, dirigidos para a equipa de enfermagem e outro para a equipa de ajudantes de lar. Um *dossier* ficou na sala de enfermagem, com artigos de reflexão sobre o idoso, comportamentos e atitudes dos profissionais a ter para com as pessoas seniores. O segundo *dossier* permaneceu na sala de pausa das ajudantes de lar e dispõe de informações sobre as dietas adequadas a cada situação clínica específica, sobre a administração de alimentação por sonda nasogástrica, suplementos alimentares, posicionamentos dos utentes e prevenção de úlceras de pressão. A opção por estes temas prendeu-se com o facto de terem existido muitas dúvidas nestes conteúdos contudo, devem ser completados e melhorados pela equipa.

Através das atividades atrás referenciadas, foi possível desenvolver competências direcionadas para a identificação das necessidades formativas na área de especialização, mantendo de forma contínua e autônoma o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-se gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada.

d) Analisar as atitudes dos profissionais para com os idosos.

Em ambiente hospitalar os enfermeiros são os elementos da equipa multidisciplinar que mais tempo despende a cuidar dos idosos, enquanto no lar são as ajudantes de lar.

Os cuidados prestados pelos profissionais são muitas vezes baseados em concepções, crenças e valores, que são influenciados pela sociedade onde vivemos e pelo ambiente que nos rodeia. Na sociedade dos nossos dias (séc. XXI), como nos diz Moura (2006), valorizamos a produtividade e a juventude como símbolo de progresso e da saúde, e que segundo o mesmo autor provoca no idoso uma situação de maior vulnerabilidade e exclusão social, pois já não se revêem nestes atributos.

À velhice são atribuídas representações predominantemente negativas: demência, aborrecimento, dependência, incapacidade, carência, morte e doença (Berger, et al., 1995). Estas reações dizem respeito às atitudes negativas, relacionadas com os mitos e estereótipos criados em relação aos idosos, ao envelhecimento e sobre a doença crónica. Habitualmente, estes são desenvolvidos em sociedade, à qual os enfermeiros não estão imunes. A consequência destas atitudes negativas reforça sentimentos de dependência e de inutilidade que conduz ao aumento dos problemas cognitivos dos idosos.

Segundo Carvalhais (2006), podemos definir que as atitudes responsáveis resultam das crenças ou ideias, do que classificamos como bem ou mal, justo ou injusto. As atitudes afetam a escolha de uma pessoa face a um objetivo. Uma outra pessoa ou uma ação, irão influenciar a orientação e a direção de todo o comportamento. Toda a atitude pode ser favorável ou desfavorável, sendo desenvolvida a partir de experiências e informação sobre pessoas ou grupo de pessoas. A atitude não pode ser vista como uma intenção, nem comportamento, mas é certo que influencia os diferentes comportamentos.

As atitudes negativas segundo (Berger, et al., 1995, p. 65) são definidas como:

- O automorfismo social;
- O não reconhecimento da unicidade do idoso e a não reciprocidade;
- A gerontofobia, que diz respeito ao medo irracional de tudo que se relacione com a velhice, o idoso e o envelhecimento;
- O idadismo, reporta-se às formas de discriminação com base na idade e demonstra que a sociedade mantém ideias preconcebidas sobre a velhice;
- Infantilização, que se manifesta ao falar com os idosos com diminutivos.

Tal como nos refere Berger, et al. (1995), as atitudes positivas dos enfermeiros face aos idosos são: o respeito, a reciprocidade, o interesse e a confiança. Estas atitudes retardam o processo de deterioração das funções cognitivas e ajudam os idosos a conservar a sua autonomia, produzindo efeitos benéficos. Assim, o idoso valoriza a sua autoimagem e a sua auto-estima. Quando o idoso pensa na velhice como fenómeno natural, dá sentido à vida, é mais feliz e envolve-se mais com o meio e a sociedade. Reconhecemos que os seniores possuem um sistema de valores estáveis, sensatez, juízo crítico, utilizam os seus conhecimentos e experiências de vida para partilhar.

Como nos refere Viegas (2006), no seu estudo, a mudança de atitudes adotadas pelos profissionais desenvolve-se pela avaliação das crenças e perceções que têm para com o idoso, clarificando a sua conceção de prestação de cuidados e compreendendo o efeito que estes produzem. Este facto conduz à reflexão sobre os medos do seu próprio envelhecimento e, ao confrontar-se com eles, deverá ultrapassá-los ou controlar os sentimentos menos agradáveis para com esta realidade, promovendo sempre o seu autoconhecimento.

Não podemos ocultar que o envelhecimento acarreta perda de capacidades, nomeadamente funcionais e sensoriais. Todavia, há capacidades que melhoram, como a experiência de vida e a habilidade de tomar decisões ponderadas. Acreditar que a doença e o envelhecimento podem ser sinónimos é um engano, a doença não faz obrigatoriamente parte da velhice (Viegas, 2006).

Nos dias 15 e 16 de junho 2011 participei no V Congresso Nacional do Idoso, que se realizou no Centro de Congressos em Lisboa, onde apresentei um *poster* com o título “As Atitudes dos Profissionais para com os Idosos” (apêndice 5).

Neste congresso participaram diferentes profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionista). Foram apresentados e debatidos os temas mais comuns na área de geriatria. No *poster* apresentado tentei evidenciar, segundo a literatura, as atitudes positivas e negativas mais comuns que os profissionais de saúde têm para com os idosos e a forma como essas atitudes influenciam os nossos comportamentos. As atitudes negativas conduzem ao aumento dos problemas cognitivos e deterioração do estado geral do idoso, ao passo que as atitudes positivas retardam o processo de deterioração das funções cognitivas e ajudam a assegurar a autonomia e a auto-estima do idoso, evitando sentimentos de depressão, isolamento ou exclusão. Foi solicitado pela organização uma apresentação oral/explicação do conteúdo do *poster* (apêndice 5).

Os conteúdos apresentados no congresso foram posteriormente discutidos no Lar com a equipa de enfermagem, ficando alguns documentos no *dossier* de formação na sala dos enfermeiros. Foi afixado nesta divisão o *poster* criado no âmbito do referido congresso (após devida autorização da direção do lar).

Considerarei que este seria um tema atual, pertinente e de vital reflexão para os profissionais de saúde. Penso que foi uma partilha de experiência muito enriquecedora, que possibilitou a reflexão sobre a temática do envelhecimento e de como envelhecer de forma ativa e saudável. Por fim, foi um palco único de partilha de experiências com outros profissionais de saúde peritos na área.

Com o conjunto de atividades referenciadas anteriormente, pretendi demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização, mais especificamente nas atitudes para com o idoso. Outras metas propostas foram: incorporar na prática os resultados da investigação válida e relevante (sobre as atitudes e comportamentos dos enfermeiros face aos idosos) e refletir de forma crítica junto da equipa do lar sobre a prática das suas atividades e comportamentos do dia a dia.

Com a participação no V Congresso Nacional do Idoso, também, pretendi comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como a profissionais de saúde de outras áreas, fundado num discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que nos deparamos na área do idoso.

1.3.2-Modulo I- AMP do Hospital da Luz

O estágio correspondente ao módulo I (serviço de urgência) realizou-se no serviço de Atendimento Médico Permanente (AMP) do Hospital da Luz (HLuz) e decorreu no período de 26 setembro a 18 de novembro de 2011.

O serviço AMP é vocacionado para a avaliação e tratamento de situações de urgência/emergência, bem como outras situações que necessitam de rápida intervenção. Neste serviço têm lugar a prestação de cuidados tanto a adultos como a crianças. As áreas comuns do serviço incluem a sala de reanimação, a pequena cirurgia e sala de gessos. O espaço reservado ao adulto inclui cinco gabinetes de consulta, uma sala de triagem enfermagem, uma sala de tratamento e sala de observação (SO) com capacidade para cinco camas e, ainda, um quarto com condições para isolamento.

Existem diferenças entre serviço de urgência e serviço de atendimento permanente, que são definidos tendo em conta os recursos físicos, humanos, tecnológicos e a capacidade de resposta destes. A Entidade Reguladora da Saúde publicou um “Estudo Sobre os Conceitos de “Serviço de Urgência” e Serviço de Atendimento Permanente” em Estabelecimentos Prestadores de Cuidados Não Públicos” (ERS, 2009) onde relembrou a definição do que é classificado como um serviço de urgência (decreto regulamentar - nº 63/94) para os serviços públicos e a diferença tendo em conta o serviço de atendimento permanente (ainda não legislado). Este estudo surge devido às reclamações dos utentes face à desadequação dos serviços prestados relativamente às expectativas que os mesmos possuíam quando se dirigiam aos serviços de urgência.

Assim, entende-se como serviço de atendimento permanente: “aqueles serviços que embora não constituindo serviços de urgência, são disponibilizados em regime de 24 horas diárias, incluindo fins de semana e feriados, que visam proverem cuidados de saúde, designadamente consultas médicas, em situações não programadas, mas não emergentes ou urgentes, ainda que porventura agudas; e que o serviço de atendimento permanente deverá permitir assim, com condições mínimas e em regime de permanência, assegurar o acesso não programado a uma consulta de cuidados de saúde para quem dela necessite e o encaminhamento para um serviço de urgência, quando tal se justifique” (ERS, 2009).

Durante o período em que decorreu o estágio foi possível permanecer nos diferentes setores de atendimento ao adulto (triagem, sala de tratamento, sala de observação e pequena cirurgia). Foi planeado com o enfermeiro orientador que o meu estágio seria maioritariamente desenvolvido em SO, onde realizaria as atividades de modo a adquirir competências como enfermeira especialista. Mantendo o fio condutor do estágio, o meu projeto foi direcionado para o idoso e o seu conforto no serviço de urgência.

Como refere Pinto, et al. (2008) ,no seu artigo sobre o conforto, quando prestamos cuidados ao idoso na urgência, este facto exige, por parte da equipa de enfermagem, conhecimentos que devem englobar a dimensão física, psicológica, cultural e social. O enfermeiro, além dos conhecimentos técnicos que deve possuir, deve manter contacto, estabelecer comprometimento e proceder à valorização para com o idoso e a família, pois muitas vezes as necessidades fisiológicas e os cuidados técnicos sobrepõem-se aos cuidados ou às necessidades psicológicas do cliente. Contudo, estas também não devem ser desprezadas.

Ainda segundo o mesmo autor (Pinto, et al., 2008), o internamento do idoso num serviço de urgência é sempre despersonalizado, uma vez que o idoso é obrigado a conviver com profissionais que não conhece, sendo deitado numa maca estreita e desconfortável. Por vezes, é necessário que retire a sua roupa e coloque uma bata do hospital para permitir a monitorização, a punção periférica, a realização de exames complementares de diagnóstico entre outros procedimentos. Este conjunto de medidas deixa o idoso desconfortável com a sensação de estar abandonado e a solidão poderá apoderar-se dele.

Já, segundo Vaz (2008) o idoso pode sentir este internamento na urgência como uma ameaça ao seu quotidiano, bem como à sua vida, porque ocorre uma transição de saúde para doença, violentado pela saída do ambiente caseiro para o hospital. Apesar de se sentirem inquietos com a situação vivenciada, observei que neste serviço é permitido o acompanhamento de um familiar de forma permanente (exceto no turno da noite) e ser possível manter consigo alguns objetos pessoais, permitindo melhorar o conforto do cliente quanto ao ambiente desconhecido e afastar os sentimentos de abandono (Vaz, 2008).

Ao longo deste período de estágio, prestei cuidados ao cliente e idoso, privilegiando o tratamento individual, chamando pelo seu nome, respeitando a sua privacidade e o seu

ritmo (que é muitas vezes mais lento), dando o tempo necessário ao idoso para que se consiga exprimir, esclarecendo dúvidas e conversando com ele. Nestas intervenções tenho como objetivo promover o conforto do idoso, mudar atitudes e comportamentos dos profissionais e sensibilizá-los para a problemática de ser idoso e de ser um cliente doente. Segundo Vaz (2008) o respeito pelo idoso deve ser mantido, evitando que este se transforme num objeto de cuidados, traduzido numa sequência de atos e gestos repetitivos, estereotipados e frequentemente desatentos face à dignidade do cliente.

No seu estudo sobre a “Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência” (Vaz, 2008) diz que a relação enfermeiro/idoso é valorizada pelo respeito, acompanhamento, disponibilidade, tolerância e carinho. A comunicação entre o idoso e a equipa deve passar pela disponibilidade dos enfermeiros para conversar e ouvir e capacidade de diálogo. O enfermeiro deverá fornecer informações que se adequem à pessoa idosa, quer ao nível da compreensão da linguagem utilizada, como do conteúdo. Os cuidados prestados pela equipa de enfermagem do AMP visam o conforto e a satisfação do cliente idoso, o que nem sempre é possível.

Após a contextualização do campo de estágio e clarificação de conceitos passo a descrever e analisar as actividades desenvolvidas e as estratégias utilizadas para atingir os objetivos definidos para este campo de estágio e as competências adquiridas.

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências técnico-científicas, comunicacionais e relacionais, prestando cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa de médio e alto risco em situação urgente/emergente e à sua família.

Este objetivo, como atrás referido, foi transversal ao longo do estágio e direciona-se para a prestação de cuidados ao idoso e à família, de forma a demonstrar conhecimentos e capacidade de desenvolver metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados ao idoso e na atuação perante uma situação imprevista urgente/emergente tomando decisões fundamentadas.

- **Objetivos Específicos:**

- a) Conhecer a dinâmica, organização e funcionamento do serviço.

Antes deste estágio não possuía conhecimento sobre esta instituição, a sua organização e respetiva dinâmica. Ao ser integrada pela enfermeira diretora no primeiro dia, foi possível usufruir de uma visita guiada ao hospital que deu para conhecer, de forma sumária, os objetivos, valores, missão e organização do Hospital da Luz.

Fui integrada na equipa de enfermagem em horário de turnos de roulement, da qual faz parte um enfermeiro orientador. Através da prestação de cuidados ao idoso e restantes clientes, permitiu-me ficar integrada na instituição, no serviço bem como na equipa multidisciplinar. A equipa de enfermagem trabalha por método individual, com um enfermeiro chefe de equipa que distribui um enfermeiro por cada sector.

Na primeira semana de estágio procurei conhecer a organização e a dinâmica da instituição através da consulta dos manuais de enfermagem, das normas e dos protocolos do serviço/hospital que estão disponíveis na intranet. Tive oportunidade de prestar cuidados aos clientes internados nos diferentes setores do serviço e acompanhar o circuito dos mesmos, desde o processo de admissão até à obtenção da alta médica.

Através da integração na equipa e na organização, pretendi demonstrar capacidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar e interdisciplinar e desenvolver metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. Outro aspeto fulcral entre os objetivos deste estágio, prendeu-se com o demonstrar espírito de iniciativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização, principalmente no cuidado ao idoso nos diferentes setores do serviço, sem olvidar a importância da criatividade na busca de soluções para enfrentar estes desafios.

- b) Desenvolver intervenções de enfermagem diferenciadas e especializadas à pessoa idosa em situação urgente/ emergente.

Com este objetivo pretendi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao idoso, realizar a gestão de cuidados na área de especialização e ter iniciativa na resolução de problemas.

Permaneci grande parte do tempo de estágio em SO, onde são admitidos os clientes em situação urgente de alto e médio risco, os diagnósticos mais frequentes foram os enfartes agudos do miocárdio, as hipercaliémias graves, os acidentes vasculares

cerebrais em evolução, as quedas com traumatismo, edema agudo do pulmão, e os diagnósticos do foro cirúrgico (i.e. apendicites, colecistites, diverticulites) e clientes do hospital de dia médico com neoplasias - já diagnosticadas, que vinham ao AMP por agudização de sintomas/ efeitos secundários pós tratamento de quimioterapia, alterações analíticas, entre outros sintomas.

Neste período prestei cuidados aos clientes admitidos, estabelecendo uma relação com o cliente e sua família, dando especial atenção ao utente idoso, através de atitudes e comportamentos de ajuda: estabelecendo contacto verbal com o cliente, mantendo contacto visual, demonstrar respeito, estar atento, respeitar a confidencialidade, ver o cliente como pessoa, pronunciar o seu nome, ajudar o idoso a afirmar-se nesta situação de doença e a implicar-se para tomar decisões (Vaz, 2008).

Como nos refere Hesbeen (2000), a representação da saúde e da doença é diferente para cada pessoa. Para uns significa “estar saudável”, enquanto para outros “é não estar doente”, pois vêem a doença como algo maléfico que convém combater, erradicar e eliminar. Assim, o autor diz que “a doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois inscreve-se numa situação de vida única, animada por um desejo de viver também único. É que por mais que a doença seja objetivada no corpo que se tem, ela não afeta, no fim de contas, senão o corpo que se é.” (Hesbeen, 2000, p. 27).

Como foi referenciado no primeiro capítulo segundo Kolcaba (1992), o conforto associa-se à calma, como estado de tranquilidade ou satisfação, alívio e a transcendência. O conforto apresenta-se em quatro contextos para experienciar: físico, psicoespiritual, ambiental e social. Ainda com base nas premissas desta autora (1992), prestei cuidados de conforto associados ao contexto físico passam pelo alívio sintomático da dor (desde a administração de terapêutica prescrita, massagem com calor ou frio, reposicionamento), prestação de cuidados de higiene e conforto, alternância de decúbitos - conforme as necessidades expressas pelo cliente e permitidas pela sua situação clínica, mobilizações dos quatro membros (indispensável de forma a evitar o atrofiamento das articulações e a perda de massa muscular), massagem corporal com aplicação de creme hidratante, posicionamento recorrendo a utilização de almofadas e deitar o cliente numa cama e não numa maca (mais estreita e mais confortável), principalmente nos casos de internamento prolongado ou que correspondam ao turno da

noite, privilegiando o descanso e o conforto do cliente sempre que o serviço o permitisse.

No contexto psicoespiritual, é possível os clientes terem assistência religiosa, caso o solicitem (apesar do cliente não ser questionado na admissão sobre esta vontade, se o pedir é de imediato satisfeito com recurso à relações-públicas que intervém conforme o pedido e a religião pretendida). Os clientes podem conversar e dialogar com a equipa e o enfermeiro deve ouvi-los, dar apoio emocional e esclarecer dúvidas, de forma a diminuir a ansiedade vivida neste período de internamento. Todo este acompanhamento deve ser extensível à família. De facto, foi possível realiza-lo e colaborar com outros enfermeiros.

Tendo em conta o contexto sociocultural, é importante um enfermeiro de referência estabelecer relação com os familiares durante todo o processo de internamento, foi possível permitir a presença de visitas significativas ao idoso (podem ter um acompanhante nos turnos da manhã e da tarde), atender os familiares telefonicamente, dando informações e esclarecendo dúvidas. É permitido que os clientes mantenham consigo alguns objetos pessoais e de referência.

Com as atividades apresentadas, pretendi prestar cuidados com elevada qualidade na área de especialização, demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e, por fim, zelar pela qualidade dos cuidados prestados ao cliente idoso.

- c) Contribuir para a diminuição de ansiedade do cliente e família em situação de crise.

A vinda de uma pessoa à urgência de uma instituição de saúde é sentida como uma situação de crise, como nos refere Vaz (2008), é importante comunicar com o cliente e a sua família, dando apoio, prestando cuidados e esclarecendo dúvidas. No SO a família vive uma ambiguidade de sentimentos: se por um lado, fica mais tranquila pois o seu familiar está sob vigilância permanente de um enfermeiro, por outro, encontra vários equipamentos incomuns e procedimentos médicos que podem ser geradores de ansiedade. É importante explicar ao cliente e à família todos os procedimentos que realizamos e porquê. O enfermeiro deve esclarecer todas as dúvidas existentes.

Como nos refere Vaz (2008), podem existir manifestações de ansiedade apresentadas pelo cliente, por exemplo, um estado de agressividade ou inconformismo com a situação em que se encontra, mau humor, isolamento e recusa em falar com os profissionais. Devemos estar atentos aos sinais verbais e externos que são manifestados pelos clientes de modo a perceber melhor qual o seu estado de espírito.

É importante promover a identidade e a autonomia dos clientes, através da manutenção da sua roupa, de objetos pessoais (por exemplo o telemóvel, que permite o contacto com os familiares e aumenta a tranquilidade tanto de quem está internado como do familiar que regressa ao domicílio). O serviço permite a presença de, pelo menos, um acompanhante durante o dia com horário de visitas alargado (em relação à restante instituição). O SO não pretende ser um serviço de internamento, contudo, verifiquei que muitas vezes não há vagas nos restantes serviços de internamento do hospital, por isso permanecem em SO aguardarem transferência.

A relação do enfermeiro com o cliente passa pelo respeito, acompanhamento, disponibilidade, tolerância e atenção. A comunicação é a base desta relação, fundada na disponibilidade dos enfermeiros para conversar e ouvir, a capacidade de diálogo e o agregado de informações fornecidas tanto pelo enfermeiro como pelo cliente, quer ao nível do conteúdo quer face à compreensão da linguagem utilizada (Vaz, 2008).

Com base nas atividades atrás descritas, pretendi tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas, incluindo as minhas responsabilidades sociais e a vertente ética. Adicionalmente, tentei demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o idoso e a família. Por último, predispus-me para relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, ao desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

d) Desenvolver atitudes e comportamentos adequados face ao idoso e à família.

O envelhecimento pode afetar a capacidade de comunicar do idoso devido aos fatores normais do envelhecimento, entre os quais a diminuição da sensação tátil, menor acuidade auditiva e redução da capacidade visual. É importante saber qual o nível de acuidade auditiva do idoso, de forma a conversar com a pessoa sénior mais perto do

ouvido, falar mais alto, mais pausadamente e com um discurso mais simples, para ter a certeza que este me ouve e me compreende.

Existem algumas atitudes que são descritas (Berger, et al., 1995), como sendo as ideais no decorrer da prestação de cuidados ao idoso: respeitar a individualidade, chamar o idoso pelo nome, não infantilizá-lo, não o tratar como incapaz, prestar cuidados específicos, perseverar a independência e a autonomia e ter uma dose redobrada de paciência, uma vez que o idoso tem um ritmo de ação mais lento, estes factores foram tomados em consideração durante prestação de cuidados.

As actividades mencionadas visaram: demonstrar uma consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionada com o cliente e a família, avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas (segundo uma perspectiva académica avançada) e refletir sobre a prática (juntamente com a equipa, zelando pela qualidade dos cuidados prestados ao cliente idoso).

e) Avaliar as necessidades de formação.

Após o período de integração no serviço e na equipa, comecei a pesquisar sobre qual poderia ser o meu contributo para o mesmo avaliando as suas necessidades de formação. Na sequência de alguns dias de observação, constatei que os clientes que dão entrada pelo AMP com feridas e/ou pensos, os mesmos são sempre refeitos e avaliados pela equipa de enfermagem. Procede-se ao preenchimento da folha de avaliação de risco de úlceras da escala de *Braden* e regista-se em notas de enfermagem a avaliação da ferida e o penso realizado. Toda esta informação é informatizada e, posteriormente, acompanha o cliente no internamento. Ao fim de semana a sala de pensos do hospital de dia está encerrada e os clientes são encaminhados para sala de tratamentos do AMP.

A escala de *Braden* é um instrumento de trabalho que permite a avaliação de risco da possibilidade de desenvolver úlceras de pressão. Tem como base a avaliação de 6 itens: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento - quanto mais baixa for a pontuação em cada um dos itens, maior será o risco para desenvolver uma úlcera de pressão. Adicionalmente, esta ferramenta de avaliação permite determinar as medidas preventivas face a esse risco. Está preconizado pela instituição que nos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos este

instrumento é preenchido no momento da admissão do cliente, sendo avaliado diariamente.

De facto, verifiquei que na equipa existiam algumas dúvidas, não tanto na avaliação e na caracterização das úlceras de pressão, mas essencialmente na escolha dos materiais de tratamento a aplicar. Por outro lado, detetei que a equipa não estava informada sobre algum do material existente na farmácia do hospital e que pode ser requisitado para os clientes, utilizavam os pensos existentes no serviço, que são os mais comuns, mas podem não ser os mais indicados em algumas situações.

Como estratégia de resolução no problema atrás identificado promovi uma reunião com a enfermeira-chefe e com o orientador e apresentei a proposta para trabalhar esta temática dos pensos para o tratamento das úlceras de pressão. Ficou acordada a elaboração de uma base de dados informatizada para pesquisa e aprofundamento do tema sobre as úlceras de pressão para posteriormente apresentar à equipa, com o intuito de promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e contribuir para a qualidade dos conceitos e melhor gestão dos materiais. Nesta pesquisa constam os materiais e pensos existentes no hospital para tratamento de feridas. Segundo APTf (Associação Portuguesa Tratamento de feridas), entende-se que ferida é: “a interrupção da continuidade de um tecido corporal, em maior ou menor extensão, causa por qualquer tipo de trauma físico, químico ou mecânico”.

Ao ter conhecimento que o hospital tem um grupo de trabalho na área de feridas, contactei com um dos seus elementos, dando a conhecer o projeto. Este considerou a matéria bastante pertinente, pois neste momento o grupo encontra-se focado apenas na incidência de úlceras de pressão (do ponto de vista estatístico) e na instituição dos registos das escalas de avaliação de risco das úlceras de pressão, junto das equipas de enfermagem. O meu projeto iria incidir apenas sobre o material para o tratamento.

Consegui obter junto da farmácia a lista e o código dos materiais existentes no hospital (autorizados pela direção de enfermagem), realizei pesquisa bibliográfica junto dos serviços que utilizam estes materiais - dos laboratórios que os representam e sobre os mesmos - e realizei, em colaboração com o orientador, um programa informatizado de consulta de base de dados que foi criada no programa informático Microsoft Access.

É possível consultar um total de 20 produtos: Adaptic®, Adaptic Touch®, Allevyn Adhesive®, Allevyn Cavity®, Allevyn non Adhesive®, Allevyn Sacrum®, Aquacel Ag®, Aquacel®, Askina Gel®, Askina Hydro®, Carbosorb Askina®, Gase Gorda®, Hidrogel Varihesive®, Inadine®, Iodosorb®, Kaltostat®, PermaFoam®, Promogran®, Varihesive Extra Fino® e Varihesive Gel Control®. Para cada material foi apresentado: modo de funcionamento, descrição, indicações, contraindicações, modo de aplicação e as vantagens e desvantagens da sua utilização (apêndice 6).

A criação da base de dados permite uma consulta rápida e eficaz para esclarecimentos de dúvidas na área de materiais para o tratamento de feridas, melhorar os conhecimentos dos profissionais nesta temática e, acima de tudo, pretende uniformizar práticas com vista à melhoria dos cuidados. Através da formação na equipa de enfermagem e no serviço, pretendi desenvolver o processo de desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e elevar o seu nível de formação.

Esta informação ficou disponível no serviço, num ficheiro partilhado. Toda a equipa foi informada (através do envio de email) da existência do programa, a sua localização e a minha disponibilidade para o melhorar, alterar ou corrigir. Fui felicitada por vários elementos da equipa sobre o resultado deste trabalho, havendo uma enfermeira que se disponibilizou para manter a base de dados atualizada, pois é uma área em constante alteração, uma vez que os fabricantes estão constantemente a melhorar os seus produtos. Junto da equipa, foi avaliada a necessidade de realizar mais formação em serviço. Contudo, visto o estágio ser curto e já se encontrarem em curso várias formações agendadas, ficou decidido não se realizar uma formação formal em sala.

Tive a oportunidade de estar presente na Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica no dia 28 de outubro de 2011, organizado pela UCP/ ICS, que incidiu sobre as úlceras de pressão, avaliação do risco, prevenção e tratamento. A partilha de conhecimentos e experiências foi muito enriquecedora, bem como a presença da professora Doutora Bárbara Braden que nos veio falar sobre a Escala de Braden para a previsão do risco de úlceras de pressão: avaliação da eficácia e eficiência, reposicionamentos e superfícies de apoio, partilhando com o público todo o seu vasto conhecimento. Os documentos apresentados e a bibliografia disponibilizada foram um importante contributo para a realização de alguns dos meus projetos de estágio na área das úlceras de pressão.

1.3.3-Modulo II- UCI do Hospital da Luz

Este estágio decorreu no Hospital da Luz no período de 21 de novembro a 27 de janeiro 2012 na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCI).

O objetivo deste estágio foi continuar a desenvolver a temática sobre os idosos e o seu conforto. Todavia, no período inicial de estágio, o número de idosos que permaneceu internado na unidade foi menor que o esperado. Ainda assim, prestei cuidados ao cliente internado, maioritariamente de meia-idade e em situação clínica de pós-operatório nas várias valências cirúrgicas.

O espaço físico das UCI caracteriza-se por ser amplo, dando a possibilidade de todos os profissionais observarem os doentes diretamente, acedendo de imediato à monitorização de cada um pela presença dos monitores na área central do serviço e em cada box individual. Segundo a DGS (2003) as UCI permitem uma circulação fácil dos profissionais, permitindo acesso rápido aos doentes e ao equipamento habitualmente mais utilizada. Neste serviço, ao contrário de serviços de internamento de enfermarias, o ruído da comunicação entre doentes é substituída pelos alarmes sonoros dos ventiladores, monitores e de todos os equipamentos características destas unidades.

As Unidades de Cuidados Intensivos integram profissionais de saúde multidisciplinares, onde se pretende o suporte e a recuperação das funções vitais, proporcionando uma vida futura com qualidade (DGS, 2003). Assim, as unidades devem possuir recursos humanos qualificados e treinados para dar resposta às situações do dia-a-dia e recursos materiais com tecnologia de nível superior disponível 24h/dia.

A UCI do HLuz presta cuidados a clientes do foro cirúrgico e médico. Os clientes são: provenientes do bloco operatório (tanto de cirurgias de urgência como eletivas) que requerem vigilância contínua no pós-operatório (ex: cirurgia cardíaca), de qualquer outro serviço do hospital onde houve complicações nos procedimentos médicos ou clientes internados nas enfermarias (devido ao agravamento da situação clínica) e situações de urgência que deram entrada pelo AMP. Existem ainda duas unidades de cuidados intermédios (cada uma com lotação de 4 camas).

Como refere Severino, et al.(2010) trabalhar numa unidade de cuidados intensivos pode ser muito stressante e cansativo. A “carga de trabalho de enfermagem” surge com o objetivo de estimar a necessidade de trabalho requerida por parte dos enfermeiros na prestação de cuidados. Esta carga de trabalho é medida em pontuações e aplicada com base numa escala (TISS 28 é a escala utilizada no HLuz) e determina as horas de cuidados necessárias e, consecutivamente, o número de enfermeiros necessários na prestação de cuidados. Esta avaliação é importante, pois quando nos referimos a uma instituição privada, a avaliação de carga de trabalho por enfermeiro permite dimensionar os recursos face às necessidades dos clientes, a satisfação pessoal dos profissionais e a redução de custos.

Por vezes, devido a esta situação de *stress* e “carga de trabalho” com que o enfermeiro se depara diariamente para salvar ou manter a vida do doente, este dá prioridade às atividades de cariz mais tecnicistas, deixando para segundo plano a partilha de informação, nomeadamente com a família. Observei que no HLuz os familiares são atendidos tanto pelo médico como pelo enfermeiro, estando preocupados com o conforto do doente e com o da sua família. Existe um acolhimento inicial realizado a todos os clientes, onde são abordadas regras de funcionamento da UCI, os horários de visita e os contactos do serviço, sendo posteriormente entregue o folheto com todas as informações consideradas pertinentes pela equipa.

Este é o segundo módulo de estágio que realizo no HLuz. Como tal, tendo algum conhecimento sobre a organização da instituição, dos serviços e o domínio nos registos informáticos do *SORIAN* o processo de integração acabou por se tornar mais simples. Todavia, para registos de balanços hídricos e de monitorização, os profissionais do HLuz utilizam o programa *INOVIAN*, que era totalmente desconhecido para mim.

No início deste estágio reuni com o enfermeiro chefe e com a enfermeira orientadora, de forma a delinear as atividades a desenvolver para atingir os objetivos a que me tinha proposto. Nesta fase do trabalho irei descrever e analisar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas como enfermeira especialista.

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, prestando cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa em situação crítica e à sua família.

Este objetivo foi transversal ao longo do estágio e direcionou-se para a prestação de cuidados ao idoso e respetiva família, demonstrando um nível de conhecimentos aprofundado, assim como a capacidade de desenvolver metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados ao idoso em situação crítica e à sua família.

- **Objetivos Específicos:**

- a) Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento da UCI.

Fui integrada/orientada no serviço por uma enfermeira especialista em médico-cirúrgica e em horário de turnos de roulement. Consultei normas e protocolos existentes (alguns disponíveis na intranet, outros em pastas partilhadas pelos enfermeiros do serviço), ficando assim integrada na instituição, serviço e equipa. O método de trabalho utilizado é o individual. Assim, no início do turno o chefe de equipa atribui os clientes aos profissionais, de acordo com o número de horas de trabalho estimados. Foi possível prestar cuidados aos clientes internados, tanto adultos como idosos, nas valências de medicina e cirurgia. Consegui demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

- b) Identificar as necessidades de formação.

De forma a dar resposta a este objetivo, reuni com o enfermeiro chefe e a equipa de modo a perceber as necessidades da equipa e onde podia vir a intervir. Logo na primeira semana de estágio, foi-me sugerido pela equipa desenvolver um trabalho sobre o material de pensos para tratamento de feridas, dado que alguns membros da equipa tinham tido conhecimento do trabalho desenvolvido por mim no AMP no estágio anterior e pretendiam que trabalhasse novamente esse tema, pois consideravam ser uma lacuna nos seus conhecimentos e pelo facto de não haver uniformização de

procedimentos quanto ao tratamento e à adequação do material para tratar as úlceras de pressão.

Assim, partindo da base de dados realizada no estágio anterior e da pesquisa bibliográfica (agora em parceria com a colega Mónica Tavares), decidimos elaborar um *poster*, de consulta rápida, com os materiais de penso disponíveis no hospital, para cada categoria da ferida. Este *poster* contém um algoritmo de decisão de tratamento de úlceras de pressão, onde o enfermeiro observa a úlcera do cliente e tem de caracterizá-la quanto à sua categoria (I, II, III, IV) e quanto ao tipo de tecido (epitelização, granulação, fibrina, necrose, infetada, hemorrágica). Em seguida, é orientado para o tratamento considerado atualmente como o mais indicado. No *poster* existem fotografias para ajudar à decisão quanto à categoria, tipo de tecido e identificação do material. Acrescentámos ainda algumas informações que considerámos pertinentes para os enfermeiros terem sempre presente, como os cuidados à pele perilesão, quais os pensos secundários disponíveis, os pensos de lesões cavitárias e relembrar o preenchimento das escalas de avaliação de cicatrização das úlceras de pressão uniformizadas no hospital (PUSH e PSST-PT) para a continuidade de registos e de cuidados (Apêndice 7). Este *poster* de tamanho A3 foi afixado na bancada de trabalho, no centro da unidade, sendo este material aprovado pela Comissão Controlo de Infecção Hospitalar, pois é plastificado e pode ser lavado.

Numa pasta informática partilhada pela equipa de enfermagem do serviço foram introduzidos artigos de revisão bibliográfica sobre o material de pensos. Desta forma, se após a consulta do *poster* afixado, o enfermeiro mantiver dúvidas de como aplicar o apósito recomendado e de qual a duração do tratamento, vantagens, desvantagens, indicações, contra indicações; poderá consultar essa informação na pasta partilhada do serviço, bem como alguns documentos de novas *guidelines* emanados pela EPUAP, NPUAP e PUCLAS (apêndice 8).

Em colaboração com a colega Mónica Tavares, decidimos realizar uma ação de formação sobre as úlceras de pressão “Novas *Guidelines*”, com o objetivo de desenvolver a sensibilização para a uniformização do tratamento das úlceras de pressão e ser apresentado a nova nomenclatura da etiologia e classificação das úlceras de pressão e categorização, bem como as recentes *guidelines* (emanadas pela EPUAP) sobre prevenção de úlceras de pressão e os cuidados à pele (já disponível em versão

portuguesa) e sobre o tratamento das úlceras de pressão (versão em inglês ou espanhol). A ação de formação decorreu no dia 26 de janeiro às 15h30 na sala de passagem de turno. Foi divulgado durante uma semana com afixação do tema, dos conteúdos, data, dia e hora da formação. Estiveram presentes 8 enfermeiros. A avaliação foi avaliada como muito adequada quanto à formação, conteúdo e formadores (apêndice 9).

Foi solicitado pelo enfermeiro chefe a realização de uma ação de formação para a sensibilização da equipa da UCI para a correta triagem dos resíduos hospitalares. Este facto não implica que os mesmos não tenham conhecimento do assunto. Contudo, foram detetadas algumas não conformidades. Após uma auditoria ao serviço realizada pelo hospital, foram questionadas algumas práticas dos enfermeiros e pedidas mudanças de comportamento com vista à correta triagem dos resíduos. A formação foi realizada em parceria com a colega Mónica Tavares e teve como objetivo relembrar conceitos, mudar práticas e dar algumas sugestões de como melhorar a triagem dos resíduos hospitalares na UCI e sensibilizar e uniformizar práticas (apêndice 10).

A triagem dos resíduos hospitalares é uma parte integrada na gestão hospitalar. Os resíduos que são incinerados têm custos elevados para o hospital. Sendo esta uma instituição privada que tem sempre a redução destes custos como parte integrante do seu *mindset*, quando se consegue provar que nem todo o lixo colocado em saco branco deveria lá estar e podia ter sido colocado em lixo comum, não implicando estes custos elevados, torna-se um tema crítico. Esta ação de formação foi divulgada durante uma semana, com a fixação do tema, dos conteúdos, data, hora e local. Decorreu no dia 12 janeiro para enfermeiros e auxiliares ação médica, estando presentes 10 elementos. Segundo a avaliação da sessão foi considerada muito adequada como formação, em relação aos conteúdos e sobre os formadores (apêndice 10).

A ação de formação foi dividida em duas partes: numa primeira parte foi apresentada a definição de resíduo hospitalar (segundo o decreto lei nº 178/2006 de 5 de setembro), a classificação dos resíduos conforme o grupo a que pertencem (I, II, III, IV) e respetivo tratamento. No Hospital da Luz é a empresa certificada e licenciada pelo Ministério da saúde, a Ambimed, que faz o transporte e tratamento dos resíduos hospitalares perigosos. Numa segunda parte, foram discutidas e sugeridas algumas medidas para facilitar a correta triagem dos resíduos no serviço. Foi uma oportunidade de partilha e discussão muito produtiva.

No dia seguinte foram de imediato adotadas algumas das sugestões, como a criação de uma caixa para fazer a separação dos frascos de vidro. Passou a existir um contentor com saco branco e outro com saco preto, tanto em cada box dos clientes como junto à bancada de preparação de medicação, no centro da UCI. Inicialmente alguns enfermeiros sentiam-se incomodados pela minha presença e realizavam a triagem dos lixos corretamente. Contudo, o chefe do serviço, que realizava auditorias diárias encontrava sempre material ou no saco errado ou no contentor errado. Foi disponibilizado à equipa, na pasta informática partilhada do serviço, a informação sobre a correta triagem dos lixos, os decretos de lei existentes e a formação apresentada no serviço dia 12 de janeiro. Diariamente junto da equipa consegui divulgar e promover os novos procedimentos junto dos enfermeiros e das auxiliares de ação médica, que não tinham estado presentes na formação, de modo a passar a informação a toda a equipa.

Com as atividades anteriormente realizadas pretendi promover a formação em serviço (refletindo sobre a prática de forma crítica), manter o processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional e comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada à equipa da UCI.

- c) Prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados direcionados à pessoa idosa em estado crítico.

Com este objetivo pretendi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente internado, realizando a gestão dos cuidados na área de especialização e tomar iniciativas na resolução de problemas.

Durante os turnos foram-me atribuídos 2 clientes, aos quais prestava cuidados com a supervisão da enfermeira orientadora. Os diagnósticos/patologias foram variados, tendo assim, oportunidade de cuidar de clientes com ventilação mecânica (com e sem sedação), ventilação não invasiva e de clientes em pós-operatório imediato, nas várias valências cirúrgicas (cirurgia geral, urológica e cardíaca).

Após a integração na equipa, foi possível partilhar os meus conhecimentos nos cuidados realizados tanto junto das auxiliares de enfermagem como da equipa de enfermagem. A última vez que tinha prestado cuidados a clientes internados em unidade de cuidados intensivos foi no estágio do curso base. Desde que iniciei funções trabalhei sempre em

enfermarias. No entanto, como trabalhei sempre na área de medicina e cirurgia, considero que consegui adaptar-me ao local de estágio e à exigência na prestação de cuidados que estes clientes nos obrigam, tanto ao nível das técnicas desenvolvidas como ao nível dos conhecimentos teóricos.

Neste período de estágio investi em algumas áreas de intervenção e para isso realizei pesquisa bibliográfica sobre os idosos e os clientes internados em UCI, bem como na área de prevenção e tratamento de úlceras de pressão, tratamento e triagem de resíduos hospitalares e sobre a administração de alimentação entérica em UCI.

O manual de suporte nutricional da UCI existente no serviço foi realizado há cerca de 5 anos pelo médico chefe da unidade e, desde então, não sofreu qualquer revisão. Em acordo com a enfermeira orientadora, considerou-se que seria importante atualizar esta norma e acrescentar os procedimentos para a equipa de enfermagem sobre: os cuidados na administração da alimentação entérica em UCI, os diferentes modos de administração (perfusão e bolus) e a alimentação entérica disponível no hospital e suplementos alimentares (apêndice 11).

Os objetivos do suporte nutricional incluem o combate aos efeitos provocados pela desnutrição e a modelação da doença base. Os critérios definidos na UCI para dar início ao suporte nutricional são: a existência de desnutrição (avaliada com IMC <18,5), a ingestão da dieta 50% abaixo das necessidades do cliente e a expectativa de retomar a dieta dentro de 1 semana. Na escolha do tipo de suporte de nutrição, a nutrição entérica é o método preferencial no cliente em situação crítica, na medida em que a ausência de nutrientes no tubo digestivo causa o processo de translocação de endotoxinas, bactérias e fungos do sistema gastrointestinal para a corrente sanguínea. Além disso, impede a atrofia da mucosa intestinal, mantém a integridade da mucosa gástrica e diminui o risco de sépsis.

A alimentação entérica (AE) consiste na administração de soluções salinas nutritivas no trato gastrointestinal, através de uma sonda, por gastrostomia ou jejunostomias. Existem contraindicações para a AE como a peritonite generalizada, a obstrução intestinal (ausência de ruídos hidroaéreos), a hemorragia gastro intestinal, a disrupção anatómica, a isquémia intestinal, a fístula traqueo-esofágica e situações de choque severo.

Da norma de administração da AE (apêndice 11) consta a descrição das ações de enfermagem de administração e manutenção da AE, desde a preparação do cliente, passando pelos cuidados antes da administração e a sua manutenção. Podem existir algumas complicações na administração da AE, tais como: regurgitação/ aspiração, deslocação da sonda, obstrução da sonda, náuseas/ vômitos, contaminação bacteriana, desidratação, diarreia e obstipação. Foi realizado um levantamento junto da farmácia sobre os tipos de dieta entérica disponíveis no hospital e suplementos hospitalares, tendo em vista dar a conhecer à equipa as indicações clínicas de cada um.

Esta norma não foi apresentada em sessão formal à equipa de enfermagem (pois necessita de aprovação da direção de enfermagem), ficando apenas entregue ao enfermeiro chefe para posterior aprovação. A pesquisa realizada ficou na pasta partilhada do serviço.

Através da prestação de cuidados e das atividades atrás desenvolvidas, pretendi estabelecer uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa em situação crítica, demonstrando capacidade de agir perante situações imprevistas e complexas, mostrar consciência crítica para os problemas da prática profissional (novos desafios e/ou já existentes) relacionados com o cliente e a sua família e abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e a sua família.

d) Estabelecer relação com o cliente idoso em situação crítica e a sua família.

Foi possível ao longo do estágio estabelecer uma relação com o cliente e respetiva família que o rodeia. Este serviço tem a particularidade de ter um horário de visita das 12h- 21h, podendo permanecer 2 pessoas a acompanhar o familiar. Em relação a outras unidades que conheço de outros hospitais, têm um horário alargado face à média, tendo um papel importante para diminuir a ansiedade e conforto da família e do cliente.

Segundo Fernandes (2008) o cuidado na UCI destaca-se como um processo dinâmico, complexo, diferenciado, criativo, inter-relacional e contextual que deve ser centrado na pessoa idosa. Ainda segundo a mesma autora, o conhecimento técnico-científico exigido numa unidade de cuidados intensivos pode eliminar o desenvolvimento de qualidades humanas.

Segundo Antunes, et al. (2009, p.8) a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica deve ser um cuidado holístico, além dos cuidados tecnicistas que a área de cuidados intensivos nos exige. Deverá englobar 3 dimensões: biológica, psicossocial e espiritocultural.

Na área biológica podem ser prestados cuidados avaliando o cliente com base nos seguintes parâmetros:

- Dor como 5º sinal vital (existe a escala de dor para doentes ventilados e não ventilados) e, conforme o resultado, prestar cuidados no sentido de alívio da dor.
- Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão adquirindo comportamentos de forma a evitar lesões, como posicionamentos, aplicação de creme hidratante ou aquisição de material de apoio. No caso de já existirem úlceras, deve ser investido no tratamento para investimento na cicatrização.
- Avaliação do estado de consciência.

Na dimensão psicossocial, os autores atrás referenciados, dizem ser importante avaliar o estado psicológico de como o cliente encara a situação clínica e como se encontra a sua motivação e autoestima. Devemos ter em maior atenção aos indivíduos que pertencem a grupos vulneráveis e com necessidades de dependência (dificuldade no autocuidados, adesão aos tratamentos, perda de autonomia nas suas atividades de vida diária).

A dimensão espiritocultural é muitas vezes a dimensão mais esquecida pelos profissionais de saúde, pois tem em conta as crenças religiosas, a esperança no futuro e o otimismo na recuperação – são as que estão mais afastadas, do ponto de vista científico, dos profissionais de saúde.

Todas estas dimensões são tidas em conta na prestação de cuidados. Considero que consegui contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da sensibilização dos profissionais para as atitudes e comportamentos face aos clientes internados, através das conversas informais com os mesmos na zona central da unidade.

Através da prestação de cuidados aos idosos pretendi demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação na relação com o cliente e a sua família, relacionar-me com o idoso de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e culturas e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.

2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste documento contribuiu para a reflexão de todas as atividades desenvolvidas nos três módulos de estágios da especialidade. Através do meu desempenho desenvolvi a prestação de cuidados especializados de enfermagem com qualidade, técnicas de comunicação e relacionamento com os clientes e família.

Realizando uma análise geral de todo o percurso feito, considero que progredi de forma contínua e autônoma no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, onde atingi todas as competências esperadas para um enfermeiro especialista. Considero que os enfermeiros adquirem cada vez mais conhecimentos através da sua prática e melhoram-nos ao longo do tempo.

Como refere Hesbeen (2000) a experiência por si só não gera conhecimento, necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada. O enfermeiro especialista proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade destes mesmos cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência. O resultado do seu conhecimento e experiência clínica permite ao especialista encontrar soluções para os problemas de saúde mais complexos, a vários níveis: ao nível dos cuidados, ao nível intra e inter profissional e ao nível do suporte às suas decisões fundamentadas.

As instituições onde desenvolvi os meus estágios foram muito gratificantes, pois tive a oportunidade de desenvolver competências que já detinha e adquirir outras especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, adequando a prestação de cuidados a cada situação, a cada cliente e a cada família. Consegui prestar cuidados ao cliente idoso em três contextos: residente no Lar, serviço de urgência e UCI.

O tema dos idosos continua a ser um tema atual, devido à longevidade da população e face às necessidades crescentes desta faixa etária da população ao nível dos cuidados de

saúde. Por vezes surgem alguns dilemas éticos aquando da decisão clínica dos idosos em situação crítica, pelas perspetivas reduzidas de sobrevivência ou da limitada qualidade de vida após a alta médica. O envelhecimento populacional leva-nos a pensar em criar um modelo que permita cuidar das pessoas seniores, enfrentando os novos desafios virados para a geriatria, levando à construção de representações sociais positivas nesta área, aprofundando os conhecimentos em geriatria e incentivando à criação de processos de referenciação e proporcionando um ambiente mais adequado às necessidades e dificuldades dos idosos.

O módulo III, opção geriátrica, foi desenvolvido na instituição Lar Padre Carlos. Considero que foi muito gratificante trabalhar com o idoso em contexto de institucionalização. Foi possível desenvolver as atividades planeadas para atingir os objetivos propostos e adquirir as competências como especialista. A integração no Lar decorreu sem problemas, sendo o apoio da enfermeira coordenadora e de toda a equipa muito satisfatório. A maior dificuldade sentida foi junto da equipa de ajudantes de Lar, pois estas não me conheciam e ao início sentiram-se vigiadas pela minha presença, nem sempre aceitando bem algumas correções que eu fazia. Contudo, com o passar do tempo, fui conseguindo ganhar a confiança das mesmas e já eram elas que se aproximavam de mim, colocando questões e esclarecendo dúvidas.

O módulo I, serviço de urgência, foi desenvolvido no HLuz, instituição que desconhecia por completo como profissional. Considero que foi pertinente o trabalho desenvolvido em estágio. Consegui desenvolver atividades e adquirir competências como especialista, integrando-me no serviço e na equipa e prestando cuidados aos clientes em todos os setores. A maior dificuldade sentida neste módulo foi o facto de haver pouca disponibilidade por parte da equipa de enfermagem para atividades relacionadas com a formação, pois grande parte da equipa desempenha funções em regime de meio horário e não se sentem como enfermeiros pertencentes ao serviço, apenas veem o seu papel no serviço como “cumprir umas horas” e “uma passagem”. Contudo, consegui desenvolver o meu projeto em colaboração com o enfermeiro orientador, na área de material para tratamento de feridas, que acabou por ser elogiado e considerado pertinente pela equipa.

O módulo II, unidade de cuidados intensivos, foi também desenvolvido no HLuz. Dispondo de conhecimento da instituição, foi mais fácil a integração no serviço e na equipa. Nunca havia desempenhado funções em unidades de cuidados intensivos.

Todavia, considero que atingi todos os objetivos propostos, com desenvolvimento das atividades pretendidas, o que permitiu a aquisição de competências como especialista. Na realidade, considero que a única dificuldade sentida localizou-se no início do estágio, uma vez que não prestava cuidados nestas unidades desde o tempo de estágio do curso base. Assim, foi necessário uma atualização e aprofundamento de alguns conhecimentos específicos, nomeadamente na ventilação invasiva, técnicas dialíticas e alguma terapêutica apenas utilizada em UCI.

O apoio e acompanhamento da escola foram muito importantes, nomeadamente da professora orientadora, que se mostrou sempre disponível no acompanhamento dos estágios e no esclarecimento de dúvidas (incluindo reuniões individuais e de grupo). As aulas de partilha de experiência é que nem sempre foram aproveitadas por todos como seria expectável, diminuindo a sua participação ao longo do tempo. No entanto, na minha opinião, eram momentos de partilha e aprendizagem importantes, que eu pessoalmente penso ter aproveitado.

A realização do curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, contribuiu para a melhoria dos cuidados especializados prestados. Prontamente ao longo dos estágios, foi possível reformular vários elementos no serviço onde desempenho funções, existindo uma atualização de procedimentos. Cada um dos contributos que obtive nas aulas teóricas e em estágio foi aplicado no serviço. Tenho vindo a ser cada vez mais solicitada pela enfermeira coordenadora, de forma a desenvolver alguns projetos, normas e manuais necessários ao serviço. Considero que toda a aprendizagem realizada vai sendo valorizada pela equipa do serviço, que apela à minha pessoa para esclarecer dúvidas, cada vez com maior frequência.

Queria deixar como sugestão o alargamento do período de estágio, eventualmente reduzindo o número de módulos. Este facto iria permitir que estivéssemos mais tempo em cada local de estágio. Por outro lado seria produtivo que os alunos interessados pudessem desenvolver os trabalhos de estágio com outro colega, tendo em vista partilhar informação e melhorar a aprendizagem.

A nossa profissão encontra-se numa fase de mudança e, como tal, devemos apostar cada vez mais no desenvolvimento dos nossos profissionais, aplicando a experiência profissional à prática clínica reflexiva, de modo a garantir à nossa população a prestação de cuidados com qualidade e competência nos seus níveis mais elevados.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ana, et al – A pessoa em situação crítica. Revista Percursos. Setúbal. ISSN 1646-5067. Vol. 11, (2009), p. 3-16.

APÓSTOLO, João- Artigo de revisão- O conforto nas teorias de enfermagem: análise de conceitos e significados teóricos. Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. 9, II série, (2009), p. 61-67. Disponível em <http://www.esenfc.pt>

APÓSTOLO, João- O imaginário conduzido no conforto de doentes bem contexto psiquiátrico. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2007. Dissertação em Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Disponível em <http://www.esenfc.pt>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FERIDA (APTf) – Definição do conceito de ferida. Disponível em <http://www.aptferidas.com>

BENNER, Patricia- **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. 296 p. ISBN 972-8535-97-X.

BERGER, Louise; POIRIER, Danielle – **Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 594 p. ISBN 972-95399-8-7.

CARVALHAIS, Maribel – Relação enfermeiro- idoso: valores e crenças. Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. Aveiro. 2006. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Disponível em <http://www.ria.ua.pt>

DECRETO-LEI nº 161/96. D.R. Série I-A nº205 - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). (04-09-1996) p 2959-2962.

DESPACHO NORMATIVO nº 12/98. D.R. Série I-B (1998-02-25) p 766-744.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). Lisboa. 2003 – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Disponível em <http://www.dgs.pt>

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS). Porto. 2009 – Estudo sobre os conceitos de “Serviço de Urgência” e “Serviço de Atendimento Médico Permanente” em estabelecimentos prestadores de cuidados não públicos. Disponível em <http://www.ers.pt>

FERNANDES, Maria – Significado do Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa em Cuidados Intensivos. Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. Aveiro 2008. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Disponível em <http://ria.ua.pt>

GRUPO ASSOCIATIVO DE INVESTIGAÇÃO EM FERIDAS – Material para tratamento de feridas. Disponível em <http://www.gaif.net>

HESBEEN, Walter- **Cuidar no Hospital**. Loures: Lusociência, 2000. 201 p. ISBN 972-8383-11-8.

HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA (HCVP). Lisboa - Competências do Enfermeiro Responsável de Equipa. Disponível em <http://www.hcvp.com.pt>

HOSPITAL DA LUZ. Lisboa. Disponível em <http://www.hospitaldaluz.pt>

KOLCABA, Katharine - A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing, USA. ISSN 1365-2648. (1994) p. 1178-1184. Disponível em <http://www.thecomfortline.com>

KOLCABA, Katharine – Holism Confort: operationalizing the construct as a nurse. Advances in Nursing Science. USA. ISSN online 1552-7409. (Setembro 1992) p. 1-10. Disponível em <http://www.thecomfortline.com>

LAR PADRE CARLOS - Regulamento Interno. Lisboa. 2008.

MOURA, Cláudia – **Século XXI: Século do envelhecimento**. Lisboa: Lusociência, 2006. 100 p. ISBN 978-972-8930-34-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. 2009. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Documento Regulador das Competências Comuns das Especialidades. 2010. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

PINTO, Vanda; CONCEIÇÃO, Ana – Os enfermeiros na espiral do conforto. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. (Setembro 2008). Volume 80. p 5-12. Disponível em www.sinaisvitalis.pt

ROSAS, Mónica – Dar vida aos anos. Revista Família Cristã. Lisboa. ISSN 1646-3498. (3 Janeiro 2011). p 32-37.

SEVERINO, Rute; et al. – Nursing Activites Score: Índice de avaliação de carga trabalho de Enfermagem na UCI. Revista Percursos. Setúbal. ISSN 1646-5067 (abril/junho 2010). Volume 16. p 3-13.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA/ INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE – Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional. Lisboa. 2009.

VAZ, Célia – Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência. Universidade Aberta. Lisboa. 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Disponível em <http://www.repositorioaberto.uab.pt>

VIEGAS, Laura – Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas: um estudo exploratório. Revista Pensar em Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. (2º semestre 2006), Volume 10 nº 2. p 47-57.

VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2009. 155 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

4- APÊNDICES

4.1- Apêndice 1- Manual de procedimentos para enfermeiros no Lar Padre Carlos.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA ENFERMEIROS



Elaborado por Tânia Pontes (aluna de mestrado com especialização em enfermagem médico cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa)

Colaboração de Enf^a Patrícia de Brito



ÍNDICE:

0- INTRODUÇÃO

1- FUNCIONAMENTO DO LAR

- 1.1- Recursos humanos
- 1.2- Estrutura física

2- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 2.1- Admissão, transferência e óbito
- 2.2- Visitas
- 2.3- Alimentação
- 2.4- Material de consumo clínico e armazém

3- SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

- 3.1- Organização dos cuidados
- 3.2- Terapêutica
- 3.3- Colheita de produtos para análise
- 3.4- Realização dos pensos de feridas
- 3.5- Registos de enfermagem

4- FUNÇÕES DOS ENFERMEIROS

5- PROTOCOLOS EXISTENTES

6- CONCLUSÃO

7- ANEXOS

Anexo 1- Folha de dietas

Anexo 2- Folhas de registo dos processos dos utentes



0- INTRODUÇÃO

Com a elaboração deste documento de apoio, pretende-se transmitir algumas orientações, normas e rotinas que se consideram úteis e necessários para o desenvolvimento normal da atividade de enfermagem, bem como permitir a quem é admitido integrar-se na dinâmica de funcionamento.

A uniformização relativamente à atuação da equipa de enfermagem, assim como a rentabilização e otimização dos recursos disponíveis, é outro objectivo à elaboração deste documento.

Segundo o despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998: “Considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.”.

Segundo o mesmo diploma, o Lar deve ter como objetivos: “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; criar condições que permita preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.”.

O Lar Padre Carlos é uma instituição em funcionamento desde Março de 2008, dedicado à terceira idade. É dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz aos utentes.

“O Lar Padre Carlos foi criado para dar resposta às situações de maior carência material, social e de isolamento” (Regulamento do Lar, 2011). Tem como princípios orientadores da sua atividade: individualidade, igualdade, participação, dignidade, respeito, intimidade, reflexão, autonomia, confidencialidade, privacidade e capacidade de escolha.

O Lar Padre Carlos está inserido na comunidade/ paróquia de São Domingos de Benfica, em 2005 foi o ano da sua conclusão de construção, e em Março de 2008, ocorreu a admissão dos primeiros utentes.

Em 1959, a Igreja Nossa Senhora do Rosário, convento de São Domingos de Benfica foi elevada a paróquia. Em 1962 ocorreu a nomeação do pároco Frei Carlos dos Santos. Em 1987 foi a criação do Centro Social e Paroquial de São Domingos de Benfica (com inclusão da creche, jardim infância, ATL, catequese,). Em 1990 foi a criação do Centro de Dia para a terceira idade, a casa Nossas Senhoras do Rosário



Os principais objetivos do Lar são:

- Garantir o bem-estar, a qualidade de vida e a segurança dos utentes;
- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Potenciar a integração/ inclusão e estimular o espírito da solidariedade e de entreaajuda por parte dos utentes e dos seus agregados familiares;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações entre utentes e família e as relações intergeracionais;
- Respeitar integralmente a honra e dignidade pessoais.



1- FUNCIONAMENTO DO LAR

1.1 RECURSOS HUMANOS

O lar possui no seu funcionamento uma série de recursos humanos que formam uma equipa multidisciplinar, onde cada um tem as suas funções e competências bem definidas:

-padre diretor, direção técnica, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira coordenadora, equipa de enfermeiros 24h/dia, equipa ajudantes de lar 24h/dia. Assistentes técnicos, secretariado, segurança com vigilância contínua e Médica (visita semanal ao lar).

Os enfermeiros trabalham em sistemas de turnos: manhã (8h-15h30); tarde (15h30-22h30) e noite (22h30-8h); estando acordado entre a equipa que devem chegar 15 minutos mais cedo para a passagem de turno. Os enfermeiros assistem à passagem de turno das ajudantes de lar às 7h30, 8h, 15h e 23h.

O horário é elaborado para 6 semanas pela enfermeira coordenadora. Podem ser realizadas trocas entre enfermeiros, devendo manter todos os turnos assegurados. Não existem números de trocas definidos.

Os enfermeiros recebem o seu ordenado de acordo com o número de turnos realizados, deve ser assinada a folha de ponto, conferida pela enfermeira coordenadora e enviada para a respetiva entidade para proceder ao pagamento.

1.1 RECURSOS FISICOS

O lar é constituído por três pisos:

-pis0: entrada do lar, secretariado, gabinete da direcção e da assistente social, arrecadação, lavandaria e rouparia, sala multiusos e sala de descanso.

-pis0: sala da equipa de enfermagem, cozinha, salão, quartos dos utentes (mais dependentes e acamados)

-pis0: refeitório, sala de vela das ajudantes de lar e quartos dos utentes (dependentes)

-pis0: refeitório, sala de vela das ajudantes de lar, quarto dos utentes (independentes)

Os quartos dos utentes podem ser individuais ou de duas camas. Tem lotação para 60 utentes.

2- ORGANIZAÇÃO DO LAR

2.1- Admissão, transferência e óbito.

A seleção do utente a admitir na instituição é realizada pela assistente social com a direcção técnica. A proveniência dos utentes é através da inscrição na santa casa da misericórdia, utentes particulares, ou utentes da freguesia de São Domingos de Benfica e frequentadores dos serviços da paróquia. O lar tem capacidade para um total de 60 vagas.

A receção do novo utente que chega ao lar deve ser realizada com a assistente social e a enfermeira coordenadora, ou o enfermeiro de serviço em sua substituição. O enfermeiro de serviço deve avaliar o utente e preencher a folha de admissão de dados, aproveitando inclusive a presença dos familiares que o acompanham à instituição para esclarecer dúvidas e informar algumas regras de funcionamento.

Sempre que o utente é admitido (mesmo por curto espaço de tempo) deve ser iniciado um processo com registo de toda a informação pertinente.

O utente, se consciente e orientado, deve ser apresentado ao lar, e dadas algumas explicações, desde o espaço físico, às rotinas, horários e regras de funcionamento.

Na passagem de turno seguinte (normalmente 15h) deve ser apresentado o utente e dar as indicações relevantes à equipa de ajudantes de lar para cuidarem de forma adequada. Na sala de vela piso 2, deve ficar um registo escrito, para os ajudantes de lar dos próximos turnos, de forma a não se perder informação.

Os motivos mais comuns de admissão dos utentes no lar:

- idosos não orientados, ou pouca autonomia para permanecerem sozinhos no domicilio
- familiares que trabalham e sem tempo para cuidar do seu idoso
- idosos que vivem sozinhos abandonados pelos familiares ou sem familiares perto,
- Idosos que necessitam de cuidados especializados por motivos de saúde
- idosos com mais de 90 anos, têm filhos de 70, também eles idosos e já sem condições para cuidarem dos familiares, pois estão ambos na terceira idade
- problemas associados ao envelhecimento: solidão, isolamento, perda de influência na vida social e da família, perda de autoestima, incapacidade/morbilidade e deficiência.



A transferência programada dos utentes é feita de acordo com direcção técnica, a assistente social e combinada com a família. O quarto 105 acolhe utentes de forma temporária.

Quando ocorrem transferências para outras instituições deve ser realizada uma carta de alta e enviado os exames do utente, o processo não sai do lar.

A transferência em situações emergentes, é feita pela equipa de enfermagem após avaliação e diagnóstico da situação, contacta o INEM e o utente é encaminhado para a urgência do hospital de referência (Hospital Curry Cabral), sendo informada a família de imediato pela equipa de enfermagem e dado conhecimento à assistente social. Deve ser preenchida a folha de registo de envio `urgência e deve ficar registado no processo do utente a ocorrência.

Em situação de óbito do utente que permanece no lar, deve ser contactada a médica assistente no Lar, que é a responsável por passar a certidão de óbito. Deve ser avisada de imediato a assistente social, sendo esta que preferencialmente contacta a família a dar a notícia, que posteriormente contacta o lar a dar informação do funeral. Deve ser sempre avisada a enfermeira coordenadora.

A preparação do cadáver é da responsabilidade do enfermeiro e da ajudante de lar responsável naquele turno. Deve-se proceder à higiene quando necessário, imobilização dos quatro membros mantendo o alinhamento corporal, e deve-se aguardar que a família traga a roupa. Deve-se proceder à retirada de todos os adornos, que devem ser guardados para entregar à família. O cadáver deverá ser sempre identificado e posteriormente transportado obrigatoriamente em maca específica, que se encontra localizada na sala vela piso 1. O corpo nunca permanece no quarto deve ser colocado na sala multiuso junto ao altar. Deve ser escrita a ocorrência no processo do utente.

2.2- Visitas

As visitas aos utentes são das 15h-18h30 e devem permanecer ou na sala de convívio do piso 1 ou na receção não é permitido subir aos quartos ou circular pela instituição (salvo raras exceções, como o caso de doentes acamados).

O controlo da entrada e saídas das visitas é realizado pelo segurança na receção. As visitas/familiares podem ser atendidos diariamente pelo enfermeiro de serviço das 17h30 às 18h30 (tanto presencialmente no gabinete, como telefonicamente) e à 4ª feira pela enfermeira coordenadora entre as 8h e as 15h30.

Deve haver o cuidado de não dar informações pouco precisas, e que a informação seja partilhada todos os elementos da equipa de forma a não criar desentendimentos. No caso de situações do foro clínico devem ser transferidas para a médica.



2.3- Alimentação

Toda a alimentação que é fornecida aos utentes do lar é confeccionada dentro da instituição. Existe na copa a folha que permite fazer alteração da dieta.

Na copa do refeitório está afixada o mapa da dieta quanto ao pequeno-almoço, as refeições estimuladas ao almoço e jantar, o tipo de dieta com a especificidade dos utentes (dieta pastosa, antidiarreica, entre outras que podem ser consultadas no anexo 1).

Horário das refeições para os utentes:

Pequeno-almoço - 9h. às 10h

Almoço - 12.30 h. às 13.30 h

Lanche - 16 h

Jantar – 19h30- 20h

É expressamente proibida a entrada de quaisquer alimentos do exterior para o quarto. No caso de os familiares trazerem, deve ser identificado e guardado na cozinha.

2.4- Reposição de material clínico e farmacêutico

O material de consumo clínico encontra-se no armário da sala de enfermagem piso 1 e na arrecadação piso 0. Deve ser repostado sempre que necessário. Todo o material é pedido pela enfermeira coordenadora. É pedido que todo o material se mantenha arrumado, e no caso de estar a terminar deve ser informada a enfermeira coordenadora.

O material consumido pelos utentes deve ser trazido pelos familiares, pedido em folha própria e deixado no segurança par que este entregue na visita, é exemplo de cremes, pomadas, etc.

Na situação dos pedidos estarem a cargo da direção técnica, deve ser debitado no processo do utente em sistema informático, para ser debitado à família.

O fornecimento da terapêutica pode ser realizado de duas formas. O pedido da terapêutica está a cargo da direção técnica, que mensalmente faz os pedidos à farmácia, conforme as necessidades e prescrições. Pode-se realizar pedidos à farmácia via *e-mail* ao longo do mês em caso de necessidade, e pode ser feito por qualquer enfermeiro de serviço, por outro lado pode ser retirado do stock de ofertas existentes na sala de enfermagem, e posteriormente, quando vier da farmácia ser repostado (evitar pedidos diários).

3- SERVIÇO DE ENFERMAGEM

3.1- Organização dos cuidados

O método de distribuição de trabalho para os ajudantes de lar é o individual, que consiste na atribuição de um número de utentes a cada um, e funções específicas, conforme folha própria aprovado pela direção. A utilização desta metodologia não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa.

É elaborado em cada turno pelo enfermeiro de serviço, um plano de distribuição do trabalho/utentes pelos ajudantes de Lar, ficando o respetivo enfermeiro como supervisor/colaborante de todo o trabalho, na resolução dos problemas de maior dificuldade, zelando pela qualidade dos cuidados prestados, orientador/ supervisor/ dinamizador de toda a equipa.

Descrição de alguns cuidados mais frequentes:

- Higiene oral, pelo menos 2x dia
- Higiene corporal
- Lavagem da cabeça 2x/ dia
- Posicionamento dos utentes acamados, pelo menos 3x turno
- Massagem da pele com substâncias hidratantes dando especial atenção às proeminências ósseas. Aplicação de cicatrizantes na região de maior humidade ou maceradas.
- Avaliação de tensão arterial, nos utentes com registo diário e em SOS. Aos utentes do lar, de uma forma geral avalia-se a TA 1 x semana, em que estão distribuídos segundo o mapa, ao longo dos dias da semana.
- Avaliação de glicemias. Podem ocorrer três situações: doente insulino- dependente é necessário realizar 3 avaliações antes das principais refeições e em SOS. Utentes não insulino- dependentes pode estar estimulado 1x dia, sendo realizado às 7h em jejum. Restantes utentes diabéticos avaliação das glicemias à quarta- feira e ao sábado às 7h.
- Administração de dieta via oral ou por SNG. Também são administradas pelos ajudantes de lar mas devem ser supervisionadas. A reentubação deve ser 10 dias no caso das sondas de curta duração e 3 meses no caso de longa duração.
- Aspiração de secreções em SOS e administração de oxigénio
- Realização dos pensos de feridas.

3.2- Terapêutica

A terapêutica dos utentes pode ser adquirida pela direção técnica (estão referenciados), pode ser a família a trazer de casa ou por último através da Santa Casa da Misericórdia. A medicação deve ser pedida no final do mês para o mês seguinte. Preconiza-se também que a família entregue no final do mês a terapêutica necessária para o mês seguinte.

Em caso de falta nos utentes atribuídos à direção técnica, é enviado um email à farmácia Idanha, com o pedido e esta envia a terapêutica. No caso de ser os familiares, deve ser preenchido um papel de falta de terapêutica, e entregue no segurança, para que este entregue ao familiar na visita. Quando os familiares trazem a medicação deixam no segurança, o enfermeiro quando a recebe deve registar em suporte informático, tudo o que foi entregue e em que quantidades.

Existem dois carros de terapêutica, um corresponde aos utentes do piso 2 (é preparado na noite de 2ª feira e noite de 5ª feira) e o outro aos utentes do piso 3 (que é preparado na noite de 3ª feira e noite de 6ª feira). Os carros da terapêutica duram para 4 dias, devem permanecer no refeitório à hora das refeições e no restante tempo na sala de vela.

As folhas de terapêutica estão de acordo com os carros de terapêutica, devem ser atualizados sempre que necessário, e quando da preparação do carro devem ser atualizadas em suporte informático.

A medicação é guardada durante o mês em boxes individuais na sala de enfermagem.

3.3- Colheita de produtos para análise

O pedido de análises clínicas deve ser realizado pelo médico assistente, ou pela Drª Teresa Resina. A colheita das análises é feita mediante requisição. As amostras são colhidas na saída de vela de 2ª à 6ª, e são entregues no segurança em mala própria. Este contacta o laboratório para virem buscar os produtos ao lar.

O material utilizado nas colheitas, bem como o contentor de picantes, é da responsabilidade do laboratório.

As colheitas de urocultura, nos doentes sem controlo de esfíncter, devem ser realizadas no final do turno da noite por esvaziamento vesical com técnica esterilizada.

3.4- Realização de pensos de feridas

Os pensos das feridas são realizados sempre que necessário, de acordo com o tipo de ferida e o produto aplicado. São realizados preferencialmente no turno da manhã.

Os pensos podem ainda ser realizados pelas enfermeiras da Santa Casa da Misericórdia ou pelos enfermeiros do Centro de Saúde.

Deve-se registar sempre a realização dos pensos, as características da ferida, produto aplicado e quando deve ser refeito. Folha de registo em anexo.

3.5- Registos de enfermagem

Os registos de enfermagem, entre outros, possuem como objetivos:

- Estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados ao utente,
- Facilitar a coordenação e continuidade na prestação de cuidados,
- Colaborar na avaliação da qualidade e eficiência do cuidado/ tratamento,
- Fornecer dados úteis para pesquisa, educação e planeamento a curto e longo prazo,
- Responsabilizar o grupo envolvido no cuidado/ tratamento do utente,

Os registos de enfermagem devem ser realizados em impressos próprios, contendo um conjunto de informações que devem refletir a quantidade e a qualidade dos cuidados prestados. Folhas de registo em anexo. O processo clínico do utente encontra-se individualizado, num *dossier*, num móvel na sala de enfermagem. Deve haver a preocupação de fornecer informação com dados objetivos e nunca fazer juízos de valor sobre a situação. Os registos devem ser elaborados de forma legível, para melhor compreensão e deve ser assinado, o que torna o autor responsável pelos mesmos.

As folhas de registo em prática até ao momento, que são preenchidas e incluídas nos processos dos utentes, podem ser encontradas no Anexo 2)

4- Funções do enfermeiro

Os enfermeiros trabalham por turnos, e o lar tem serviço de enfermagem 24h/dia. As actividades em cada variam:

Turno da manhã:

- Passagem de turno às 8h
- Supervisionar e colaborar nas higienes
- Prestação de cuidados globais aos utentes
- Supervisionar e colaborar nas dietas
- Administração de terapêutica
- Realização de pensos de feridas
- Avaliação de sinais vitais
- Acompanhar a visita médica
- Elaborar os registos de enfermagem
- Realizar o plano de distribuição de trabalho para as ajudantes de lar para o turno tarde
- Passagem de turno dos ajudantes de lar às 15h
- Passagem de turno dos enfermeiros às 15h15

Turno da tarde:

- Passagem de turno~
- Administração de dieta
- Administração de terapêutica
- Atendimento dos familiares entre 17h e 18h30
- Realizar pedidos de medicação
- Prestação de cuidados globais ao utente
- Passagem de turno dos enfermeiros às 22h15

Turno da noite:

- Passagem de turno 22h15
- Passagem de turno dos auxiliares 23h
- Prestação de cuidados globais aos utentes
- Posicionamentos, massagem com creme hidratante e mudança de fraldas á 1h e às 6h, e a meio da noite a quem necessite
- Preparação do carro de terapêutica
- Administração/ supervisão dos reforços de dieta a administrar às 24h e às 7h
- Cuidados de higiene às 7h dos utentes estabelecidos
- Atualização dos registos dos processos de enfermagem



- Atualização da folha de passagem de turno
- Colheita de produtos para análise
- Avaliação de glicemias aos utentes diabéticos
- Realizar o plano de distribuição de trabalho para as ajudantes de lar para o turno da manhã
- Passagem de turno das ajudantes de lar às 7h30
- Passagem de turno dos enfermeiros às 8h

Funções não específicas de qualquer turno:

- Acolhimento aos utentes recém chegados
- Integração de novos colegas na equipa de enfermagem
- Integração de novas ajudantes de lar
- Arrumação material de consumo em falta na sala de enfermagem
- Orientação dos formandos de enfermagem nos seus estágios de ensino clínico
- Desenvolver atitudes de zelar pelo bom funcionamento da instituição

Funções específicas da enfermeira coordenadora:

- Pedidos de material de consumo clínico ao exterior
- Pedidos da terapêutica mensal dos utentes ao cuidado da direção técnica
- Elaboração do horário
- Verificação das folhas de ponto e envio para a entidade pagadora
- Esclarecer dúvidas de maior complexidade aos elementos da equipa
- Gestão de conflito de enfermeiros, ajudantes de lar e familiares
- Participação nas reuniões com a direção do lar
- Efetuar pedidos de reparação de material ou equipamento
- Convocar e participar nas reuniões de serviço



5- PROTOCOLOS EXISTENTES

- Centro de Saúde de Benfica, extensão das Tílias
- Centro de Saúde de Sete Rios
- Farmácia Idanha
- Laboratório de Análises
- Santa Casa da Misericórdia
- ServiHospital
- Hospital da Cruz vermelha Portuguesa
- Paróquia de São Domingos de Benfica



6- CONCLUSÃO

Todos os cuidados e atenções dedicados aos idosos pretendem:

- Proteger e promover a saúde,
- Prevenir complicações dos estados patológicos,
- Satisfazer as necessidades identificadas, percebidas e expressas,
- Favorecer a identidade e a autonomia da pessoa,
- Prevenir o isolamento social,
- Prevenir a deterioração da personalidade,
- Ajudar os idosos na otimização das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais,
- Criar um meio para a participação do idoso na vida social,
- Prestação de cuidados gerais,
- Animação e actividades.



ANEXOS



Anexo 1- Folha de Dietas

DIETA HEPÁTICA

➤ *Alimentos que pode consumir:*

- Leite magro, café, chá e sumo de fruta (maça, melão e abacaxi),
- Fibras como: aveia, trigo, grão integral, frutas com casca,
- Açúcar, marmelada,
- Pão integral, bolacha de água e sal, maria, torrada e farinha Maizena,
- Queijo fresco magro e iogurte,
- Arroz integral, massas, azeitonas pretas,
- Carnes e peixes magros, aves, um ovo por semana,
- Repolho, brócolos, couve-de-bruxelas, cebola, salsa e alho,
- Vegetais crus,
- Pudim, pão-de-ló, gelatina, frutas, doces em calda.

➤ *Alimentos não aconselhados*

- Queijos amarelos, requeijão e manteiga,
- Doces e chocolates que contenham banha, biscoitos com manteiga, folhados, tortas e doces de pastelaria, aperitivos,
- Banha de porco e gordura animal,
- Sopas industrializadas,
- Peixe: sardinha, enlatados, bacalhau, e atum,
- Pizza,
- Carne porco, vitela, enchidos e defumadas,
- Fígado, rim moela e coração,
- Frutas como nozes, amêndoas, amendoim e laranja,
- Bebidas alcoólicas e com gás,
- Fritos, refogados e comidas muito temperadas.

DIETA RICA POTÁSSIO:

- Frutas: melão, maracujá, laranja pêra, ameixa preta, ameixa vermelha, amora, mamão, figo, tamarindo, uva, abacate, lima da pérsia, banana prata, banana d'água, damasco,
- Legumes, verduras, Vegetais: batata inglesa, batata doce, milho verde, cenoura, beterraba, acelga, aipo, couve manteiga, couve flor, couve de Bruxelas, palmito em conserva, rabanete, tomate, almeirão, brócolos, espinafre, mandioca, mandioquinha, chicória.
- Carnes, leite e derivados
- Grãos (feijão, ervilha, lentilha, soja e grão de bico).
- Cacau, leite, café, chá,
- Batata e leguminosas secas



DIETA POBRE POSTASSIO

- Frutas: ameixa seca, uva passa, cereais integrais,
- Caldo de carne e galinha em tabletes,
- Leguminosos (feijão, ervilha, lentilha, grão-de-bico e soja), gergelim, amêndoas, avelãs, castanha de caju, castanha-do-pará, coco,
- Água de coco, amendoim, tâmaras, chocolate, massa de tomate, caldo de cana e rapadura.

➤ Como eliminar o potássio na dieta:

- Ingerir frutas, verduras e legumes sempre cozidos;
- Descascar as frutas, verduras e legumes, deixar de molho ou cozinhar em bastante água. Deixar os alimentos de molho (2 a 3 águas). Desprezar a água de remolho e cozinhar em água limpa. Água da cozedura deve ser desprezada.

DIETA ANTIDIARREICA

➤ Alimentos que pode consumir:

- Cereais integrais,
- Purés e arroz sem refogado,
- Carnes magras,
- Peixes magros,
- Legumes cozidos (cenoura, abóbora, batata),
- Ovo cozido,
- Gelatina,
- Fruta como a banana, maçã e pêra,
- Chá e muita água,
- Grelhados e cozidos,
- Caldo de cozer o arroz ou as batatas,
- Sopa de arroz ou cenoura,
- Pão, preferencialmente torrado,
- Doce e compotas.



➤ *Alimentos não aconselhados:*

- Gorduras, Fritos e refogados,
- Leite, iogurte e queijos gordos,
- Mel, manteiga e margarina,
- Cereais com fibras,
- Biscoitos com manteiga ou banha, doces folhados e chocolate,
- Carne de porco, Carnes gordas,
- Refeições pré-confecionadas,
- Verduras cruas e feijão, favas e ervilhas,
- Frutas como laranja, mamão e ameixa,
- Sem grão de feijão ou lentilha,
- Sem leite,
- Sem aveia, centeio,
- Sem preparações ricas em gordura,
- Produtos de charcutaria,
- Bebidas alcoólicas e café.

DIETA PARA ADMINISTRAÇÃO POR SONDA NASOGRÁSTICA

- A dieta a administrar pela sonda pode ser igual à dieta normal, apenas deve bem triturada e liquidificada de forma a não obstruir a sonda. Para aproveitar todos os nutrientes e vitaminas pode ser liquidificada com a água da cozedura da comida:

- Papa farinha com leite ou água
- Sopa legumes batida com carne (cerca 150 gr)
- Papa de fruta, iogurte líquido, Sumos sem polpa e Água.

➤ *Alimentos não aconselhados:*

- Fruta: Kiwi, uvas, (grainhas obstruem a sonda),
- Banana, torna muito espessa a papa da fruta,
- Feijão seco, grão. Ervilhas, favas,
- Sumos de fruta com polpa,
- Cereais.



➤ *Suplementos Alimentares:*

- Protifar (suplemento de proteínas)
- Fantomalt (suplemento calórico)
- Fortimel (hipercalórico e hiperproteico e com açúcar)
- Diasip (hipercalórico e hiperproteico para diabéticos)
- Cubitan (hipercalórico e hiperproteico indicado para utentes acamados e com feridas)

DIETA E O SÓDIO

A quantidade de sal permitida na dieta altera de pessoa para pessoa e muitas vezes a restrição do sal é necessária para evitar retenção de líquidos no corpo e aumento da pressão arterial. O excesso de sal pode conduzir a hipertensão e problemas cardiovasculares.

➤ *Dieta rica em sódio:*

- Alimentos enlatados e embutidos: salsicha, presunto, salaminho, mortadela, hambúrguer industrializado, linguiças, patês industrializados, sardinha, atum, carnes salgadas ou defumadas, pickles, azeitonas, palmito...
- Queijos amarelos e curados como: parmesão, provolone, prato, queijos cremosos, brie, etc.;
- Condimentos e molhos: shoyo, molho inglês, molho de soja, maionese, missô, amaciante de carnes, molhos prontos de tomate e para carnes, glutamato monossódico, condimentos em pó em cubos (caldo de legumes, carne, galinha, etc.),
- Sopas prontas (liofilizadas que contenham sal).

➤ *Dieta pobre em sódio:*

- Utilizar produtos sem adição de sal e com baixo teor de sódio; pão sem adição de sal;
- Preferir alimentos frescos e congelados sem sal, evitar enlatados; Confeccionar carnes frescas, aves e peixes frescos a carnes fumadas ;
- Utilizar ervas aromáticas e especiarias para realçar o sabor e aroma das receitas, substituindo assim o sal de cozinha; Cozinhar arroz, cereais e macarrão sem acrescentar sal.



DIETA SEM GORDURAS

➤ *Indicação para a dieta*

- Cozinhar no vapor, grelhar, assar ou guisados, ao invés de fritos;
- Não colocar óleo para preparar os alimentos, preferir azeite;
- Antes de preparar aves e carnes, retirar toda a gordura aparente, assim como a pele no caso das aves;
- Refogar a carne e escorra a gordura antes de acrescentar os outros ingredientes;
- Usar limão e ervas aromáticas para dar sabor às preparações;
- Evitar o consumo de maionese, preparações à base de coco, molhos para salada que sejam ricos em gordura, salgadinhos de pacote, bolachas recheadas e "confeitarias";
- Incluir peixes na alimentação;
- Aumentar a ingestão de fibras na dieta. Preferir frutas, verduras, cereais como aveia, grãos, pães integrais;
- Evitar a ingestão de vísceras (coração, fígado, rim e miolo);
- Evitar achocolatados;
- Evite alimentos ricos em gordura animal: leite integral, manteiga, queijos amarelos, requeijão, iogurte integral, gelado feito com leite integral, gema de ovo e preparações à base de carnes com gorduras aparentes, pele de frango, bacon, creme de leite, salsichas, presunto, sardinhas conservadas no óleo.

➤ **TRIGLICÉRIDOS**

Para prevenir, controlar ou reduzir a taxa triglicéridos no sangue, recomenda-se as seguintes alterações na alimentação:

- Evite grandes quantidades de açúcar, mel, balas e doces em geral;
- Substituir refrigerantes e sumos artificiais adoçados por sumos naturais sem açúcar ou com adoçante;
- Evite bebidas alcoólicas;
- Consumir arroz, massas, pão, pizza e biscoitos com moderação.

DIETA PARA DIABETICOS

➤ *Alimentos que pode consumir:*

- Leite meio-gordo, iogurte natural ou magro e queijo fresco,
- Pão integral, cerca de 2 papos-secos/dia. Pode ser substituído por 4 bolachas de água e sal ou 2 colheres de sopa de farinha maizena, milho ou de trigo,
- Manteiga e azeite em quantidades moderadas,
- Hortaliças e saladas,
- Carne de porco magra e vaca magra, aves sem pele e carnes de caça,
- Todo o tipo de peixe, em especial os gordos,
- Dois ovos cozidos ou escalfados uma vez por semana ,
- Três peças de fruta por dia acompanhadas de uma bolacha sem açúcar,
- Arroz ou massa (3 colheres de sopa/dia depois de cozido),
- Duas batatas pequenas/dia,
- Feijão ou grão seco (6 colheres de sopa/dia),
- Ervilhas ou fava (8 colheres sopa/dia),
- Utilizar para temperar ervas aromáticas e condimentos.

➤ *Alimentos não aconselhados:*

- Leite e queijos gordos,
- Alimentos confeccionados com açúcar: bolos, bolachas, biscoitos, produtos de pastelaria, mel, compotas, marmelada, gelatina com açúcar, arroz doce com açúcar, chocolate, sumo de fruta natural, concentrados de frutos, refrigerantes, frutos secos ou cristalizados,
- Carnes gordas, de charcutaria e salsicharia, Conservas e enlatados,
- Molhos, gorduras, reduzir o sal, fritos e refogados.

➤ *Não esquecer*

- Beber 1,5 L de água por dia, nos intervalos das refeições,
- Não passar mais de 3 h sem comer e jejum noturno inferior a 8h,
- Optar por cozidos, grelhados, estufados e assados sem molhos.



DIETA RICA EM RESIDUOS

- Este tipo de dieta é selecionada em situações de obstipação. Os alimentos ricos em fibras se incluem em uma das seguintes categorias : folhas, talos, cascas e sementes.

- *Recomenda-se:*

- Ingestão de leite,
- Pão,
- Fruta crua,
- Iogurte de aromas,
- Sopa de legumes,
- Acompanhamento de arroz, massa, batata,
- Hortaliça cozida (verduras),
- Café,
- Carne e peixe,
- Sumos de fruta e com polpa,
- Couve, alface, brócolos, couve-flor, repolho, rúcula, agrião,
- Mandioca, casca de feijão,
- Cereais, Trigo/ farelo de trigo,
- Grãos, Farelos, Aveia/ farelo de aveia,
- Reforço de água.



Anexo 2- Folhas de registos do processo do utente do Lar Padre Carlos

**FOLHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM**

Centro de Saúde: _____ Médico de Família _____

Nº Utente SNS: _____ Substistema: _____ Nº _____

Utente: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Nº B.I. _____

Última Profissão: _____

PROVENIÊNCIA

Lar _____ Domicílio _____ Hospital _____

Data de admissão no lar: ____ / ____ / ____ Nº Quarto: _____

PESSOA DE REFERÊNCIA

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Contactos: Telefone - _____ Telemóvel - _____

Outros Familiares a contactar:

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Contactos: Telefone - _____ Telemóvel - _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Contactos: Telefone - _____ Telemóvel - _____

ANTECEDENTES PESSOAIS**Médicos:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cirúrgicos:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias:

_____	_____	_____
-------	-------	-------

**AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM****OBSERVAÇÃO FÍSICA****Cabeça** _____**Tórax** _____**Abdômen** _____**Coluna** _____**Membros** _____**Outros** _____**Pele e mucosas:***Sem alterações**Palidez**Cianose**Icterícia***Nutrição:***Boa Nutrição**Obeso**Emagrecido/a**Desidratado**Edemaciado**Peso:* _____ *Altura:* _____**Respiração:***Sem alterações**Com alterações:**Polipneia**Bradipneia**Dispneia**Cianose**Tosse**Secreções**Características:* _____*Dependente O2:* MF ON SN*H. Tabagicos* _____ *Cigarros/dia***Circulação:***FC:* _____ *bpm**Pulso* _____*TA: Sist* ____ / ____ *Diast mmHg*

**ESTADO NEUROLÓGICO****Estado de Consciência:**

Consciente *Confuso* *Sonolento* *Obnubilado*
Com Desorientação Temporal *Com Desorientação Espacial* *Inconsciente*

Resposta Verbal:

Orientada *Confusa* *Delirante* *Incompreensível* *Nula*

Estado emocional:

Calmo/a *Ansioso* *Depressivo* *Agressivo* *Agitado*

GRAU DE DEPÊNDENCIA**Alimentação**

Sem Alterações *Ajuda a partir alimentos* *Não leva alimentos à boca* *Alterações na deglutição*

Restrições Alimentares: _____

Alimentos favoritos: _____

Dieta Habitual: _____

Existência Próteses _____

SNG PEG Colocada em ____/____/____

Mobilidade

Sem Alteração *Alterações mobilidade* *Nec. Ajuda:* *Aparelho*
Tipo _____ *Pessoa* *Parésia / Plegia* *Especifique* _____

Utiliza algum tipo de Prótese *Especifique* _____

Totalmente dependente

Sono e Repouso

Sem alterações

Dependente de Fármacos _____ *Insónias* *Hábitos* _____

GRAU DE DEPÊNDENCIA

Higiene e Integridade Cutânea

Sem alteração

Ajuda parcial : Banho Barbear Pentear

Ajuda total

Vestir e Despir

Sem alteração

Ajuda parcial : Colocar Tirar Abotoar Calçar

Ajuda total

NOTA DE ADMISSÃO

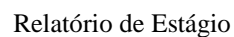
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Data: ____ / ____ / ____

Enfermeira/o _____

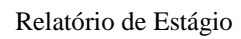
Elaborado por: En^fª Tânia Pontes

(aluna de mestrado com especialização em enfermagem médico cirúrgica da UCP)



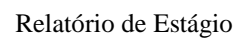
Utente: _____ Período de ____/____/____ a ____/____/____

87



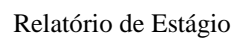
Utente: _____ Período de ____/____/____ a ____/____/____

88



Utente: _____ Período de ____/____/____ a ____/____/____

89



Data Nascimento: ____/____/____ **Nº Utente SNS:** _____ **Subsistema:** _____

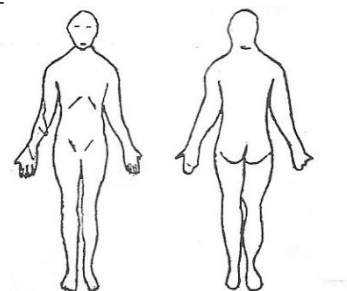
90

REGISTO DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Utente: _____ Quarto: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Nº Utente SNS: _____ Subsistema: _____

Localização _____



ÍTEMS	ESPECIFICIDADES	CARACTERIZAÇÃO							
DIMENSÕES	LARGURA/ COMPRIMENTO								
	PROFUNDIDADE								
ÁREA PERILESIONAL	MACERADA								
	RUBORIZADA								
	EDEMACIADA								
	INTEGRA								
TECIDO PRESENTE	NECROSE								
	DESVITALIZADO								
	GRANULAÇÃO								
	EPITELIZAÇÃO								
TIPO DE EXSUDADO	HEMORRAGICO								
	SEROSO								
	PURULENTO								
	FIBRINOSO								
	SEROHEMÁTICO								
ODOR	PRESENTE								
	AUSENTE								
TRATAMENTO	HIDROCOLÓIDE								
	HIDROGEL								
	HIDROFIBRA								
	ALGINATOS								
	ESPUMA								
	PENSO SECUNDÁRIO								
DATA									
ENFERMEIRO									



REGISTOS ENFERMAGEM:

Elaborado por Tânia Pontes (aluna da especialidade de enfermagem médico cirúrgica da UCP)

Documento elaborado por:

- Aluna Tânia Vaz de Almeida Pontes, (aluna de enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, em contexto de estágio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica).
- Enf^a Patricia de Brito, (enfermeira coordenadora do Lar Padre Carlos).

junho de 2011

4.2- Apêndice 2- Folha de admissão do utente no Lar Padre Carlos.

**FOLHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM**

Centro de Saúde: _____ Médico de Família _____

Nº Utente SNS: _____ Substema: _____ Nº _____

Utente: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Nº B.I. _____

Última Profissão: _____

PROVENIÊNCIA

Lar _____ Domicilio _____ Hospital _____

Data de admissão no lar: ____ / ____ / ____ Nº Quarto: _____

PESSOA DE REFERÊNCIA

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Contactos: Telefone - _____ Telemóvel - _____

Outros Familiares a contactar:

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Contactos: Telefone - _____ Telemóvel - _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Contactos: Telefone - _____ Telemóvel - _____

ANTECEDENTES PESSOAIS**Médicos:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cirúrgicos:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias:

**AValiação Inicial de Enfermagem****OBSERVAÇÃO FÍSICA****Cabeça** _____

Tórax _____

Abdômen _____

Coluna _____

Membros _____

Outros _____

Pele e mucosas:*Sem alterações**Palidez**Cianose**Icterícia***Nutrição:***Boa Nutrição**Obeso**Emagrecido/a**Desidratado**Edemaciado**Peso:* _____ *Altura:* _____**Respiração:***Sem alterações**Com alterações:**Polipneia**Bradipneia**Dispneia**Cianose**Tosse**Secreções**Características:* _____*Dependente O2:* MF ON SN*H. Tabagicos* _____ *Cigarros/dia***Circulação:***FC:* _____ *bpm**Pulso* _____*TA: Sist* _____ */* _____ *Diast mmHg*

**ESTADO NEUROLÓGICO****Estado de Consciência:**

Consciente Confuso Sonolento Obnubilado

Com Desorientação Temporal Com Desorientação Espacial Inconsciente

Resposta Verbal:

Orientada Confusa Delirante Incompreensível Nula

Estado emocional:

Calmo/a Ansioso Depressivo Agressivo Agitado

GRAU DE DEPÊNDENCIA**Alimentação**

Sem Alterações Ajuda a partir alimentos Não leva alimentos à boca Alterações na deglutição

Restrições Alimentares: _____

Alimentos favoritos: _____

Dieta Habitual: _____

Existência Próteses _____

SNG PEG Colocada em ____/____/____

Mobilidade

Sem Alteração Alterações mobilidade

Nec. Ajuda:

Aparelho Tipo _____ Pessoa

Parésia / Plegia Especifique _____

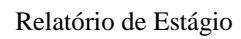
Utiliza algum tipo de Prótese Especifique _____

Totalmente dependente

Sono e Repouso

Sem alterações

Dependente de Fármacos _____ Insónias Habitros _____



Ajuda total

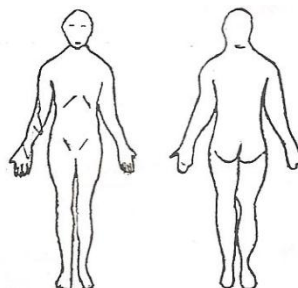
4.3- Apêndice 3- Folha de avaliação e registo de tratamento de feridas.

REGISTO DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Utente: _____ Quarto: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Nº Utente SNS: _____ Subsistema: _____

Localização _____



ÍTENS	ESPECIFICIDADES	CARACTERIZAÇÃO						
DIMENSÕES	LARGURA/ COMPRIMENTO							
	PROFUNDIDADE							
ÁREA PERILESIONAL	MACERADA							
	RUBORIZADA							
	EDEMACIADA							
	INTEGRA							
TECIDO PRESENTE	NECROSE							
	DESVITALIZADO							
	GRANULAÇÃO							
	EPITELIZAÇÃO							
TIPO DE EXSUDADO	HEMORRAGICO							
	SEROSO							
	PURULENTO							
	FIBRINOSO							
	SEROHEMÁTICO							
ODOR	PRESENTE							
	AUSENTE							
TRATAMENTO	HIDROCOLÓIDE							
	HIDROGEL							
	HIDROFIBRA							
	ALGINATOS							
	ESPUMA							
	PENSO SECUNDÁRIO							
DATA								
ENFERMEIRO								

REGISTOS ENFERMAGEM:

4.4- Apêndice 4- Ação de formação no Lar Padre Carlos.

- Plano da sessão da ação de formação
- Divulgação da sessão de formação
- Slides powerpoint da apresentação realizada
- Folha de avaliação da sessão de formação
- Resultados da avaliação da sessão de formação
- Certificado de presença entregue às ajudantes de lar



PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Local: Instituição Lar Padre Carlos

Tema: “ Posicionamentos, Prevenção de úlceras de pressão, postura corporal”

Destinatário: Ajudantes de lar

Data: 27 e 28 de Junho de 2011

Objectivo: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao utente idoso.

ETAPAS	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MEIOS AUDIOVISUAIS	TEMPO	AVALIAÇÃO
Introdução	-Apresentação dos formadores. - Abordar o tema. - Informar da organização da sessão.	-Apresentação dos formadores. -Introdução do tema. -Objetivos da sessão.	Método expositivo	Computador	3 minutos	<i>Feedback</i> dos formandos e formadores.
Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos.	-Posicionamentos. -Prevenção de úlceras de pressão. -Postura corpora.	-Método demonstrativo -Método expositivo -Método participativo	Computador	15 minutos	Interesse e participação demonstrado pelos formandos.
Avaliação	Avaliar os conteúdos lecionados.	Praticar os posicionamentos e mobilização dos utentes.	-Método demonstrativo -Método participativo		20 minutos	Participação dos formandos.
Conclusão	Refletir em grupo.	- Esclarecimento de dúvidas. - Agradecimentos.	Método participativo		7 minutos	Preenchimento da folha de avaliação pelos formandos.

POSICIONAMENTOS

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

POSTURA CORPORAL



Dia: 27 e 28 de Junho de 2011

Hora : 15h15

Local: Lar Padre Carlos



Elaborado por: Aluna Tânia Pontes

Colaboração: enfª Sara Henriques

Orientação: enfª Patricia de Brito

Sob orientação: mestre Madureira

Mestrado em enfermagem com especialização
em enfermagem médico- cirúrgica


Posicionamentos
Prevenção de Úlceras de Pressão

Postura Corporal
Elaborado por:
 Aluna: Tânia Pontes
 Colaboração: Enft Sara Henriques
 Orientação: Enft Patricia de Brito
 Sob orientação: Mestre Madureira
 Mestrado enfermagem e especialidade
 médico-cirúrgica
27 e 28 de Junho 2011

Objectivos Formação:

- Melhorar os conhecimentos das ajudantes de lar sobre o correcto posicionamento dos utentes, com vista à prevenção de úlceras de pressão.
- Motivar os ajudantes de lar para a importância de uma adequada mecânica corporal na movimentação dos utentes, com vista.

Zonas de Pressão
Região mais susceptível a feridas



Maior risco de desenvolver úlceras de pressão

Pessoas:

- Idosas
- Acamadas ou em cadeira de rodas
- Com pele seca
- Com pele húmida/incontinentes (suor, urina, fezes, após o banho)
- Emagrecidas ou obesas
- Desidratadas e desnutridas
- Com diabetes ou doenças cardiovasculares
- Com alteração do estado de consciência
- Dificuldade na mobilidade ou dependentes

Úlceras de pressão
Região sagrada



Úlceras de pressão
Calcânhar, maléolo e dedos do pé



Úlceras de Pressão Cabeça e Orelhas



7

Úlceras de pressão Trocanter



8

Prevenção de úlceras de pressão Intervenção de Ajudantes de lar

- Bom estado nutricional



9

Prevenção de úlceras de pressão Intervenção de Ajudantes de lar

- Bom estado hidratação



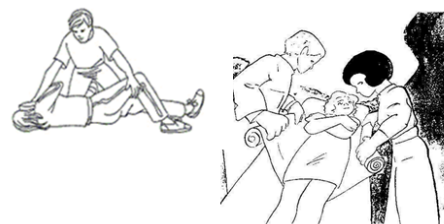
10

Prevenção de Úlceras Pressão Intervenção de Ajudantes de lar Cuidados à pele

- Alternância de posicionamentos
- Observar a pele e comunicar à equipa de enfermagem em caso de alterações
- Evitar fricção contra os lençóis: levantar o utente e não arrastar
- Não posicionar sobre zonas do corpo que já estão ruborizadas
- Não massajar as zonas que têm sinais de pressão

11

Prevenção de Úlceras Pressão Intervenção de Ajudantes de lar MOBILIZAÇÕES



12

Prevenção de Úlceras de Pressão Intervenção de Ajudantes de lar Cuidados à pele

- Colchão e almofadas anti-escaras, calcanheiras
- Trocar fraldas sujas com regularidade
- Manter roupa da cama seca e esticada



13

Prevenção de Úlceras de Pressão Intervenção de Ajudantes de lar Cuidados à pele

- Usar produtos barreira em zonas sujeitas à humidade ou feridas
- Creme hidratante para todo corpo:



14

Prevenção de Úlceras de Pressão ...Cuidados no banho

- Não "esfregar" vigorosamente a pele
- Utilizar sabão neutro
- Secar bem a pele e pregas cutâneas após o banho, evitando as zonas de humidade
- Aplicar creme hidratante no corpo
- Aplicar creme barreira em zonas sujeitas a humidade ou maceradas (halibut, mitosyl, bepantene, oleodermil)

15

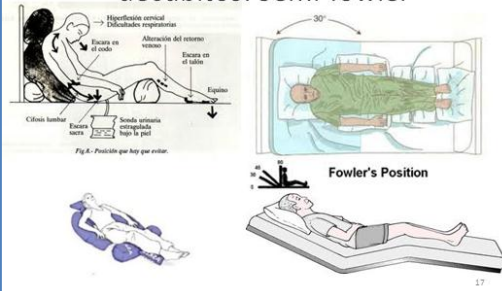
Alternância de posicionamentos/decúbitos Decúbito dorsal



Calcanhares afastados da superfície da cama com almofada sob a perna com o joelho ligeiramente "dobrado"

16

Alternância de posicionamentos/decúbitos: Semi-fowler



17

Alternância de posicionamentos/decúbitos: Decúbito semi-dorsal



Semisupine position is a variation of supine..

18

Alternância de posicionamentos/ decúbitos: Decúbito semi-dorsal

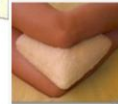


19

Alternância de posicionamentos/ decúbitos: Decúbito lateral



Right lateral position.



Alternância de posicionamentos/ decúbitos: Sentado na cadeira



- Se os pés não chegam ao chão apoia-los sobre um banquinho.
- Evitar que a pessoa esteja muito tempo seguida sentada, ou que permaneça curvada. Pode ser colocado um colete de contenção na cadeira.
- Almofadas de prevenção de úlceras na cadeira de rodas.

21

**ATENÇÃO À POSTURA CORPORAL
POUPE A SUA COLUNA
EVITE LESÕES !!!!!!!!!!!!!**

22

MÁ POSTURA CORPORAL

Pode afectar diversas regiões do corpo sendo as mais afectadas a **zona cervical, região lombar e os membros superiores.**



23

Má Postura Corporal

Tríade predisponente a lesões músculo-esqueléticas

- ✓ Posições angulares extremas
- ✓ Esforço excessivo
- ✓ Elevada repetição



24

Boa Postura Corporal

Atitudes posturais essenciais na movimentação de cargas e pessoas

- ✓ Boa base de sustentação
 - Pés afastados 45cm
 - Um pé ligeiramente à frente do outro
 - Joelhos flectidos
- ✓ Coluna erguida, o mais vertical possível;
- ✓ Sem rotações;
- ✓ Postura lombar fisiológica mantida;
- ✓ Abdominais contraídos.



25

Postura Corporal nos Posicionamentos

- Utilizar sempre que possível o peso do nosso corpo para contrabalançar a força que está a ser exercida



26

Postura Corporal nos Posicionamentos

- Utilizar o movimento de puxar para mover uma carga na horizontal



27

Postura Corporal nos Posicionamentos

- Puxar ou empurrar uma carga através de uma superfície, utilizando uma superfície de deslizamento (resguardo)



28

Postura Corporal nos Posicionamentos

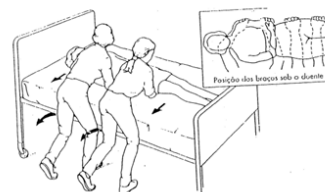
- Modificar o plano, inclinado de modo a tirar partido da força da gravidade



29

Postura Corporal nos Posicionamentos

- Mobilização suave, contínua e ritmada da carga



30

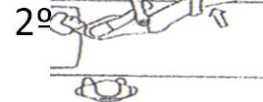
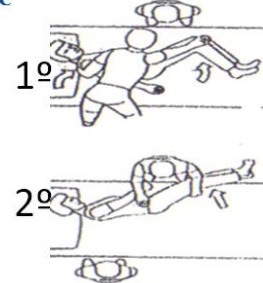
Postura Corporal nos Posicionamentos

- Transferências



31

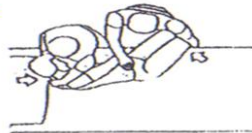
Sentar o utente totalmente dependente na cama:



32

Sentar o utente totalmente dependente na cama

3º



4º



33



OBRIGADO



Posicionamentos

Prevenção de Úlceras de Pressão

Postura Corporal



27 e 28 de Junho 2011

Elaborado por:
Aluna: Tânia Pontes
Colaboração: Enft Sara Henriques
Orientação: Enft Patricia de Brito
Sob orientação: Mestre Maureen
Mestrado enfermagem e especialidade
médico-cirúrgica

35



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Local: Instituição Lar Padre Carlos

Tema: “Posicionamentos, Prevenção de úlceras de pressão, Postura corporal”

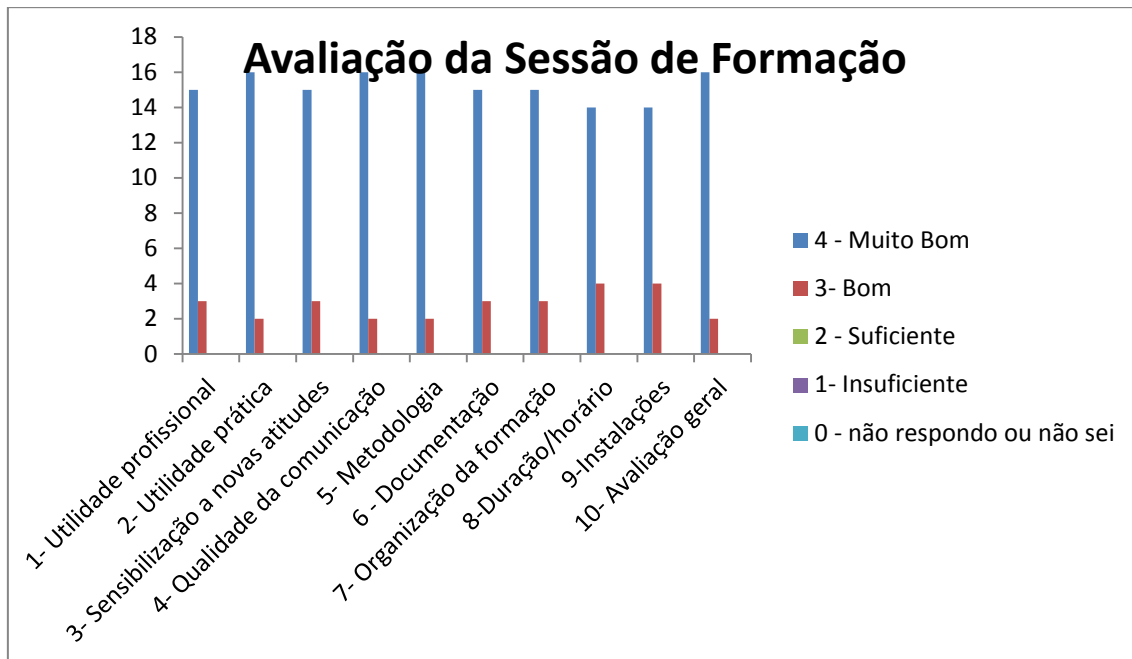
Data: 27 e 28 de Junho de 2011

A avaliação da sessão de formação é decisiva para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Conhecer a opinião dos ajudantes de lar é essencial. Assim, solicitamos-lhe o preenchimento deste questionário: (4- Muito bom, 3- bom, 2- suficiente, 1- insuficiente, 0- não respondo ou não sei).

	4	3	2	1	0
1- Utilidade profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Utilidade prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Sensibilização a novas atitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Qualidade da comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Metodologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Organização da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Duração/ horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Avaliação geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela disponibilidade!

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
DE 27 E 28 DE JUNHO NO LAR PADRE CARLOS





CERTIFICADO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos, certifica-se que _____
_____ participou como
formando na acção de formação “Posicionamentos, Prevenção
de Úlceras Pressão e Postura Corporal”, que se realizou no dia 27
e 28 de Junho de 2011, pelas 15h15, no Lar Padre Carlos.

Lisboa, 28 de Junho de 2011

4.5- Apêndice 5- V Congresso do Idoso.

- Resumo da candidatura do *poster*
- *Poster* apresentado no congresso
- Apresentação oral realizada do *poster*

RESUMO DO POSTER PARA CANDIDATURA

V CONGRESSO NACIONAL DO IDOSO 2011:

TÍTULO: “ATITUDES DOS PROFISSIONAIS PARA COM OS IDOSOS”.

AUTORA: Enfª Tânia Vaz de Almeida Pontes

Assistimos a uma elevada utilização dos serviços de saúde pelos idosos principalmente nos hospitais por situações agudas e/ou agudização situações crónicas. Segundo BERGER (1995:13) “o respeito pelo idoso, individual, facilita a manutenção ou melhoria da sua autonomia e incita-o a tomar as suas decisões”, faz com que o idoso tenha controlo sobre si e aumente a auto-estima, evitando sentimentos de depressão, isolamento ou exclusão, desenvolvendo atitudes positivas e adquirindo comportamentos de melhoria da qualidade de vida.

Os profissionais sofrem influência da cultura ocidental, onde dominam imagens negativas dos idosos, as atitudes são o reflexo dessa sociedade (VIEGAS, 2006). Foram definidas quatro atitudes mais frequentes para com os idosos (BERGER, 1995): Automorfismo social; Gerontofobia; Infantilização; e Idealismo.

O trabalho realizado por VIEGAS (2006), apresenta conclusões para mudança de atitudes dos profissionais:

- Devem avaliar as suas crenças e perceções sobre o idoso, clarificando a sua conceção de cuidados e o efeito que estes prestam.
- Refletirem sobre os medos do seu envelhecimento e serem confrontados com eles, ultrapassando-os ou controlando sentimentos desagradáveis, promovendo o auto-conhecimento.


BIBLIOGRAFIA:

BERGER, Louise; POIRIER, Danielle Mailloux – Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global: Processo de Enfermagem por Necessidades, Lisboa: Lusodidacta, 594 p. ISBN 972- 95399-8-7, 1995.

VIEGAS, Laura – Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas: um estudo exploratório. Pensar em Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 10:2 (2º Semestre de 2006), p. 47-57.

www.apeg.pt

POSTER AFIXADO NO V CONGRESSO DO IDOSO 2011 NA FIL



ATITUDES DOS PROFISSIONAIS PARA COM OS IDOSOS

Assistimos a uma elevada utilização dos serviços de saúde, pelos idosos, principalmente dos hospitais, por situações de doença aguda, ou por agudização de doença crónica. A concepção dos cuidados prestados é muitas vezes baseada em mitos, preconceitos e estereótipos sobre a velhice. Existem inúmeras representações negativas sobre a velhice (um ser demente, aborrecido, dependente, doente, ...), que conduzem a comportamentos e atitudes discriminatórias, influenciando a qualidade dos cuidados prestados.

POSITIVAS

↓

- Respeito
- Reciprocidade
- Confiança

Retardam o processo de deterioração das funções cognitivas e ajudam a assegurar a autonomia do idoso, a auto-estima, evitando sentimentos de depressão, isolamento ou exclusão.

ATITUDES

↕

**INFLUENCIAM
COMPORTAMENTOS**

NEGATIVAS


↓

- Automorfismo social
- Não reconhecimento da unicidade do idoso
- Não reciprocidade
- Gerontofobia
- Ideadismo
- Infantilização

Conduzem ao aumento dos problemas cognitivos, e deterioração do estado geral do idoso.

MUDANÇA DE ATITUDES PELOS PROFISSIONAIS:

- Devem avaliar as crenças e percepções que têm sobre o idoso, clarificando a sua concepção de cuidados e percebendo o efeito que estes prestam;
- Reflectir sobre os medos do seu envelhecimento e confrontarem-se com eles, ultrapassando-os ou controlando sentimentos desagradáveis, promovendo o auto-conhecimento.



MEMBROS EDUCACIONAIS:
MEMBER, Luísa; FORBES, Daniela Matos – Pareses Idosas – Uma Abordagem Global:
Processo de Envelhecimento por Deteriorações, Univas Localidade, 198 p., ISBN 972-96399-6-7, 1998.
- VIGAS, Luísa – Atitudes dos profissionais para com os idosos: Um estudo exploratório.
Pareses em Envelhecimento, Univas, 338-357, 2006, Vol. 10/2 (2º Semestre de 2006), p. 47-67.
- CORREIA, Maria Domingas – Relação entre mitos, valores e crenças – Dissertação de Mestrado,
Universidade de Beira, 2008, 141 p.

Aluna de mestrado UCP En.ª Tânia Vaz de Almeida Pontes
Orientação UCP: Mestre Manuela Madureira
Orientação estágio: En.ª Patrícia de Brito
Junho de 2011

V Congresso Nacional do Idoso 2011

“ATITUDES DOS PROFISSIONAIS PARA COM OS IDOSOS”

Poster nº 17 – Apresentação Oral

Atualmente sou enfermeira a desempenhar funções no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, no serviço de medicina e cirurgia. Realizei este trabalho no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto Ciências da Saúde.

A escolha deste tema prende-se pelo facto de ser atual e merecer a nossa reflexão. O conceito de “velhice” é bastante controverso, pois desde que nascemos que vamos envelhecendo, contudo é mais notório nesta fase final do ciclo de vida.

Na sociedade de hoje observamos o envelhecimento da população devido à progressão da medicina e aos avanços tecnológicos na área da saúde, o que leva ao aumento de idosos, que recorrem aos serviços de saúde quer por doenças agudas, quer por agudização das doenças crónicas.

Os enfermeiros são os elementos da equipa que mais tempo despende com os idosos. Os cuidados prestados na enfermagem são baseados em conceções, crenças e valores, que resultam do encontro de valores e crenças de quem procura os cuidados e de quem os presta, muitas vezes influenciados pela sociedade ocidental onde vivemos.

Na sociedade de hoje valorizamos a produtividade e a juventude, como símbolo de progresso e da saúde, o que leva os idosos a situações de maior vulnerabilidade de exclusão social, pois já não se revêm nestes atributos. Muitas vezes à velhice, ainda, são atribuídas representações predominantemente negativas, tais como: demente, aborrecido, dependente, incapacidade, carência, morte e doente...

As reações acima descritas relacionam-se com as atitudes negativas, com os mitos os estereótipos criados em relação aos idosos, ao envelhecimento e sobre a doença crónica, criados na sociedade, e a que os enfermeiros, não estão imunes. A prestação de cuidados aos idosos, esta muito centrada numa vertente tecnicista por isso, pretende-se que o modelo biopsicossocial seja adoptado, tanto nos cuidados ao idoso tal como a qualquer outro utente é preciso assegurar o bem-estar físico, psíquico e social, com qualidade de vida.

Podemos definir as atitudes como as responsáveis pelo resultado das crenças ou ideias, do que achamos bem ou mal, justo ou injusto. As atitudes afetam a escolha de uma pessoa face a um objectivo, uma outra pessoa ou uma acção e vão influenciar a orientação e a direção de todo o comportamento. Toda a atitude pode ser favorável ou desfavorável, sendo desenvolvida a partir de experiências e informação sobre pessoas ou grupo de pessoas. Atitude não se revê como uma intenção, nem comportamento, mas influencia comportamentos.

O automorfismo social caracteriza-se pelo não reconhecimento da unicidade do idoso;

O não reconhecimento da unicidade do idoso e a não reciprocidade

A Gerontofobia, que diz respeito ao medo irracional de tudo que se relacione com a velhice, idoso, envelhecimento;

O idadismo reporta-se às formas de discriminação com base na idade e demonstra que a sociedade mantém ideias preconcebidas sobre a velhice;

A infantilização que se manifesta pela falar com os idosos pelos diminutivos.

A consequência destas atitudes negativas nos idosos reforça sentimentos de dependência e de inutilidade que leva a aumentar os problemas cognitivos dos idosos.

As atitudes positivas dos enfermeiros face aos idosos, tal como o respeito, a reciprocidade, interesse e a confiança, retardam o processo de deterioração das funções cognitivas e ajudam as pessoas idosas a conservar a sua autonomia. Produzem efeitos benéficos sobre os idosos, valorizam a sua auto-imagem e a auto-estima. Quando os idosos olham a velhice como um fenómeno natural, dão sentido à vida, são mais felizes e envolvem-se mais com o seu meio e sociedade. Levam-nos a reconhecer que possuem: sistema de valores estáveis, sensatez, juízo crítico. Usam os conhecimentos e as experiências anteriores para partilha com os outros.

A mudança de atitudes pelos profissionais passa pela avaliação das crenças e percepções que têm sobre o idoso, clarificando a sua conceção de cuidados e percebendo o efeito que estes prestam; e refletir sobre os medos do seu envelhecimento e confrontarem-se com eles, ultrapassando-os ou controlando sentimentos desagradáveis, promovendo o autoconhecimento.

Não podemos negar que o envelhecimento acarreta perda de capacidades, nomeadamente funcionais e sensoriais, mas há capacidades que melhoram, como a experiência de vida e a habilidade de tomar decisões ponderadas. Acreditar que a doença e o envelhecimento podem ser sinónimos, produz consequências, pois se a velhice fosse doença, podia ser curada, o que não é realidade. Por outro lado é importante referir que a doença não faz, obrigatoriamente, parte da velhice.

A presença dos idosos na família, o relacionamento entre gerações, proporciona percepções mais positivas em relação à velhice. Pode ser uma forma de amenizar os preconceitos, aliviar possíveis tensões entre gerações, proporcionar consciência histórica do passado, presente e futuro e, principalmente, partilhar a diversidade cultural de valores e estilos de vida.

Elaborado por Tânia Vaz de Almeida Pontes

Aluna de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica pelo Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa

Orientação UCP- Mestre Manuela Madureira.

4.6- Apêndice 6- Base de dados sobre material para tratamento de feridas.



HOSPITAL DA LUZ
ESPIRITO SANTO SAÚDE

BASE DE DADOS MATERIAL PARA TRATAMENTO DE FERIDAS

Elaborado por: Tânia Vaz de Almeida Pontes
Aluna de mestrado de enfermagem com especialização em
enfermagem médico cirúrgica da Universidade Católica
Portuguesa

Orientação Hospital Luz: enfª Byron Rodrigues
Orientação UCP: Mestre Madureira

Dezembro 2011


 UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Material de Penso

Ver Aplicações: **ADAPTIC de Johnson & Johnson**

Modo de Aplicação

- Limpeza da ferida com soro fisiológico. Secar a pele em redor.
- Aplicação da compressa directamente sobre a ferida.
- Pode ser cortada à medida da ferida.
- Colocar um penso secundário, conforme a quantidade de exsudado.
- Mudança do penso depende da quantidade de exsudado. Pode permanecer 3-6 dias.

Descrição

Compressa primária não aderente, impregnada de petrolato líquido.

Indicação

- Queimaduras de 1ª e 2ª graus.
- Abrasões, Eructos, Escoria.
- Úlceras venozas, Úlceras de pressão.
- Wounds cirúrgicas, Lacerações.

Vantagens

- Ajuda a prevenir a aderência de penso.
- Ajuda a prolongar o tempo regenerativo e minimiza as dores.
- Evita a acumulação de líquido no local da ferida.

Mecanismo de Acção


As compressas de contacto por tecido celulósico impregnado por emulsão de petrolato. O exsudado passa facilmente através do penso. A emulsão e a estrutura do tecido protege a ferida e impede a aderência.

Contra Indicações

- Queimaduras de 3º grau.
- Feridas necrosadas.

Desvantagens

Sensibilidade a alguns dos constituinte do penso.



Material de Penso

Ver Aplicações: **ADAPTIC TOUCH**

Modo de Aplicação

- Limpeza da ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar a compressa directamente sobre a ferida e adaptar o penso em redor.
- Aplicar penso secundário.
- Pode-se utilizar mais que uma compressa, quando necessário.
- Remoção do penso sem trauma para a ferida e dor para o cliente.

Descrição

Compressa primária de silicone, não aderente, flexível e de malha microperfurada. Composta por pontos de elastólise revestido com uma camada de silicone ligeiramente aderente.

Indicação

- Feridas crónicas com exsudado fraco a elevado, profundas ou superficiais incluindo, úlceras de perna, úlceras de pressão, úlceras de pé diabético.
- Feridas agudas.

Vantagens

- O tamanho pode ser adaptado, cortando o penso, pois não se desfaça nem deixa resíduos de fibras nas feridas.
- Penso não aderente à ferida e flexível ao uso.

Mecanismo de Acção


A malha microperfurada reduz o risco de aderência do penso secundário ao lado da ferida através dos poros. Minimiza o risco de acumulação de exsudado e aderência do penso secundário.

Contra Indicações

- Queimaduras de 3º grau.
- Implantes cirúrgicos.

Desvantagens

- Clientes com sensibilidade conhecida ao silicone ou ao adesivo de elastólise.



Material de Penso

Ver Aplicações: **Adesivo Adheseiva da Smith & Nephew (Adesivo 125x125)**

Modo de Aplicação

- Lavagem da ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Retirar o papel protector da parte aderente do penso.
- Aplicar o penso directamente sobre a ferida.
- Cover aplicar o penso com um bônito de 1 cm de perímetro afastado da ferida.
- Ajustar o penso no local exacto e assegurar que os cantos não fiquem enrugados.

Descrição

Penso adesivo com centro hidrofóbico e película exterior impermeável, de polietileno. Camada de contacto com a ferida perfurada e aderente.

Indicação

- Feridas em fase de granulação com exsudado moderado a abundante.
- Não utilizar em conjunto com outros produtos oxidantes, peróxido de hidrogénio, que desloquem a película.

Vantagens

- Camada exterior impermeável a água.
- Não necessita de mudanças frequentes de penso.
- Apresentação do adesivo que permite não endossar o exsudado para a pele. Minimiza a

Mecanismo de Acção


O penso possui um centro hidrofóbico que absorve e mantém o líquido. A superfície exterior do penso é impermeável às toxas. A superfície de adesão de contacto com a ferida minimiza o risco de desmane de exsudado.

Contra Indicações

- Feridas com tecido necrosado e sem exsudado.
- Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes.

Desvantagens

Penso opaco que dificulta a visualização da evolução da ferida.



Material de Penso

Ver Aplicação: **Allevyn Contry de Smith & Nephew (penso circular 1 cm)**

Modo de Aplicação

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Não deve ser usado sobre lesões de hipotermia e perfuradas que diglitem, quimicamente o penso.
- Aplicação de um ou mais penso por ferida, no caso de ser necessário preencher local.
- Colocar penso secundário.
- Mudança do penso: depende do estado da ferida.

Descrição

Penso hidrofílico carilano do adesivo. Possui uma textura tridimensional em forma de flocos de mel, proporcionando uma camada não aderente. São penso individualizado, esterilizado e.

Indicação

- Feridas de cavidade profunda e exsudativas.
- Feridas em coabitação por segunda intenção.
- Úlceras de perna, sinus pilonidal, incúveis e excelsos crônicos.

Vantagens

- Altamente absorvente e adaptável aos contornos da ferida.
- Fácil utilização e aplicação.
- Não aderência que minimiza o desconforto do

Mecanismo de Ação


A membrana externa do penso, fornece uma forma eficaz de base camada aderente contendo com a ferida, e perfurado para permitir que o exsudado passe para o interior do penso onde é absorvido e retido por uma massa de chips de espuma de poliuretano hidrofílica.

Contra Indicações

- Não deve ser utilizado em feridas secas e superficiais.
- Não indicado para que machucados de trauma grave.
- Não deve ser aplicado em locais profundos mas com abertura de ferida pequena.

Desvantagens

- Custo elevado do material.
- Necessita de penso secundário.



Desenvolvido por: Tânia Tral [Sair](#)

Material de Penso

Ver Aplicação: **Allevyn Non-Adhesive (30x30 cm) de Smith & Nephew**

Modo de Aplicação

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar a face branca diretamente na ferida. Fixar o penso externamente.
- Colocar um penso que permita 1,5cm de margem à volta da ferida.
- Mudança de penso: 4 dias, de acordo quantidade de exsudado.

Descrição

Penso hidrofílico de poliuretano. Apresentação: penso individual e esterilizado. Possui uma estrutura inflamada, constituindo num acamada tridimensional de contacto não aderente à ferida e

Indicação

- Adequado a feridas granulosas e exsudativas.
- Pode ser utilizado em conjunto com a terapia de compressão.

Vantagens

- Altamente absorvente
- Não aderência da camada superior do penso
- Permite uma rápida coabitação: penso não adesivo: fácil de utilizar: macio e amoldado

Mecanismo de Ação


Penso possui uma camada central que absorve o exsudado pela ação capilar e pela absorção do fluido através da estrutura molecular. A parte exterior do penso é impermeável, o que impede a passagem de exsudado. A camada tridimensional de poliuretano possui

Contra Indicações

- Não utilizar com agente oxidantes.
- Feridas de grau I.

Desvantagens

- Impermeabilidade da pele ao penso.
- Frequentes mudanças de penso em feridas muito exsudativas.



Desenvolvido por: Tânia Tral [Sair](#)

Material de Penso

Ver Aplicação: **Exsudat 24 de Conforto 10x10cm**

Modo de Aplicação

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Em feridas superficiais, o penso deve ser aplicado com sobreposição de pelo menos 1 cm sobre o bordo da ferida.
- Feridas centrais, deve-se colocar tira ou compressa até preencher cerca de 80% da capacidade da cavidade.
- O penso pode ser recortado numa medida mais adequada à ferida sem perda da sua eficácia.
- Deve-se aplicar penso secundário.

Descrição

Penso individual e esterilizado. Penso absorvente anti-microbiano. É um penso composto de carbonimetilcelulose sódica e 1,2% de prata iônica.

Indicação

- Úlceras de pé diabético de origem neuropática, isquêmica e neuroquímica.
- Úlceras vasculares de perna.
- Úlceras de pressão.

Vantagens

- Protege a pele perilesional reduzindo o risco de maceração.
- Proporciona um ambiente húmido para fomentar o processo de coabitação.

Mecanismo de Ação


A prata iônica contida no penso garante eficácia anti-microbiana para um largo espectro de microorganismos patogênicos. O penso é altamente absorvente e adaptável. Forma um gel que se adapta à superfície da ferida, proporcionando um ambiente húmido e auxiliando

Contra Indicações

- Não deve ser utilizado em indivíduos com sensibilidade ao penso.

Desvantagens

- Necessita de penso secundário.



Desenvolvido por: Tânia Tral [Sair](#)

Material de Penso

Ver Aplicação: **AQUACHEL 10x10 de Aquacel Wound Products**

Modo de Aplicação

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar o penso apertado diretamente sobre a lesão. O penso deve ultrapassar os bordos da ferida em, pelo menos, 1cm pela diminuição da maceração da pele.
- Adesão direta com lesão, introduzir uma tira, preenchendo metade do local.
- Aplicar penso secundário

Descrição

Penso constituído por hidrófilos de carbonimetilcelulose sódica. Penso extível e apresenta-se sob a forma de compressa.

Indicação

- Feridas moderadamente exsudativas, não infectadas nem em colobização crítica.
- Feridas de granulação com leito seco (pre-hidratar com gel de alantoina).

Vantagens

- Penso molda-se à superfície da ferida.
- Ótimo no deslaminamento.
- Disponível em diferentes formatos.
- Remoção do penso não traumatiza a ferida.

Mecanismo de Ação


O penso é constituído por milhares de microfibras que absorvem o exsudado na vertical. O exsudado absorvido fica retido, não extravasando para o exterior. O gel formado fornece humidade à ferida.

Contra Indicações

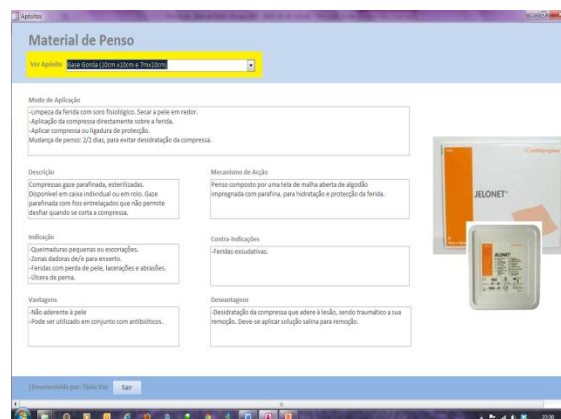
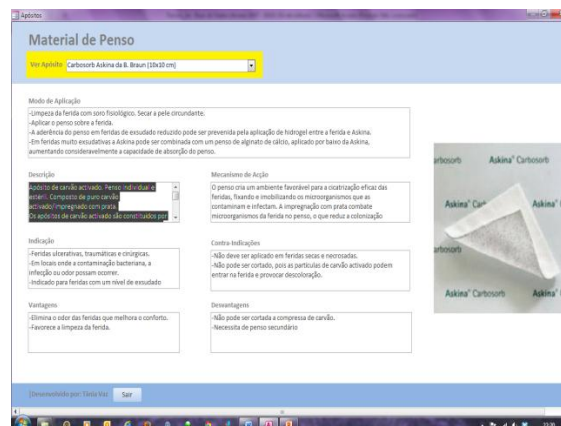
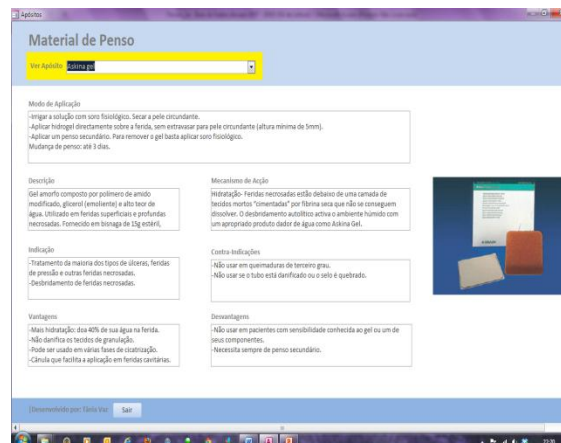
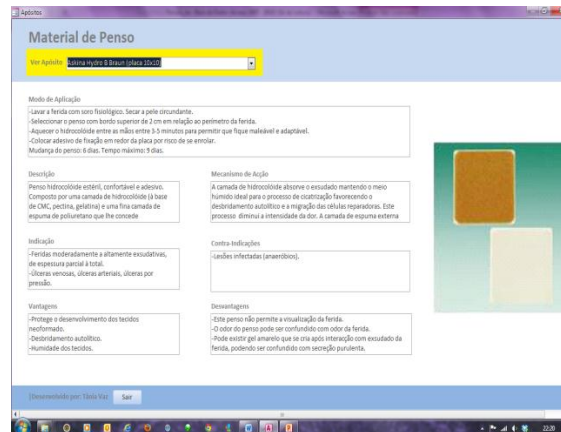
- Não deve ser usado sobre esporões crônicos.

Desvantagens

- Acuidade de penso secundário.
- Não pode ser utilizado em feridas infectadas.



Desenvolvido por: Tânia Tral [Sair](#)



Material de Penso

Viz Aplica: **Adesivo Transparente**

Modo de Aplicação

- Imger a solução com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar Adesivo diretamente sobre a ferida, sem estender para pele circundante (altura máxima de 5mm).
- Pressur um aplicador estéril para facilitar a aplicação do gel.
- Aplicar um penso secundário.
- Retirar o adesivo e o gel basta aplicar com fisiológico.

Descrição

Gel transparente, aderente e hidratado, controlado por hidrocolóides carbomethylcellulose sódica e pectina. Formado em lâmina de 13 g com aplicador estéril.

Indicação

- Feridas secas com tecido necrosado, estafilocos e/ou depósitos de fibrina.
- Desidratação autolítica de bolhas.
- O meio húmido estimula a granulação e favorece a

Vantagens

- Mais hidratação: até 40% de sua água na ferida - Aumenta a velocidade de cicatrização.
- Gel sem cor que não altera a coloração da ferida.
- Não danifica os tecidos de granulação.

Mecanismo de Ação


O gel cria no leito da ferida um meio húmido que hidrata os tecidos necrosados e promove o descolamento autolítico. A água permite manter o meio húmido, como veículo para a migração das células regenerativas para a sua ação de proteólise. As proteólíticas

Contra-Indicações

- Não usar em queimaduras de 3º grau.
- Não usar se a pele ou o selo estiver danificado.

Desvantagens

- Não usar em pacientes com sensibilidade conhecida ao gel ou um de seus componentes.
- Necessita sempre de penso secundário.



Desenvolvido por: Sinto Sol. [Sair](#)

Material de Penso

Viz Aplica: **Adesivo de Comprimido**

Modo de Aplicação

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Em feridas superficiais, o penso deve ser aplicado com sobreposição de pelo menos 1 cm sobre o bordo da ferida.
- Feridas centrais, deve-se colocar tira ou compressa até preencher cerca de 80% da capacidade da cavidade.
- O penso pode ser recortado numa medida mais adequada à ferida sem perda de sua eficácia.
- Deve-se aplicar penso secundário.

Descrição

Penso individual e esterilizado. Penso absorvente anti-microbiano. É um penso composto de carbomethylcellulose sódica e 1,2% de prata iônica.

Indicação

- Úlceras de pé diabético de origem neuropática, isquêmica e neurotrófica.
- Úlceras vasculares de perna.
- Úlceras de pressão.

Vantagens

- Reduz a perda perilesional reduzindo o risco de infecção.
- Proporciona um ambiente húmido para fomentar o processo de cicatrização.

Mecanismo de Ação


A prata iônica contida no penso garante eficácia anti-microbiana para um largo espectro de microrganismos patogênicos. O penso é altamente absorvente e adaptável. Forma um gel que se adapta à superfície da ferida, promovendo um ambiente húmido e auxiliando

Contra-Indicações

- Não deve ser utilizado em indivíduos com sensibilidade ao penso.

Desvantagens

- Necessita de penso secundário.



Desenvolvido por: Sinto Sol. [Sair](#)

Material de Penso

Viz Aplica: **Adesivo**

Modo de Aplicação

- Limpar a ferida com Soro Fisiológico. Secar a pele em redor.
- Aplicar a compressa diretamente na ferida.
- Cobrir penso proteção.
- Mudança do penso: diariamente ou até 48h.

Descrição

Compressa não aderente impregnada com 30% de iodopovidona. Apresenta-se em penso individual de vários tamanhos. Compressas esterilizadas.

Indicação

- Prevenção e tratamento de feridas infectadas.
- Abrasões/ Cortes.
- Feridas traumáticas infectadas.
- Queimaduras.

Vantagens

- Preserva o tecido de granulação.
- Não provoca trauma da lesão ao retirar.
- Aderente a aderência aos focos da ferida.

Mecanismo de Ação


Liberta gradualmente a solução de iodopovidona para a ferida. Muda de cor com o passar dos dias. Não aderente. Resistente com largo espectro de ação

Contra-Indicações

- Hipersensibilidade conhecida ao iodo.
- Antes e após a utilização de todo radioactivo.
- Tratamento de problemas renaes.
- Pulpeiras que estejam a amamentar.

Desvantagens

- Compressa descolável que adere à ferida.



Desenvolvido por: Sinto Sol. [Sair](#)

Material de Penso

Viz Aplica: **Adesivo de Lâmina**

Modo de Aplicação

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele em redor.
- Aplicar a compressa diretamente na ferida.
- Pode ser removido sem danificar o tecido de epitelização recém-formado.
- Muda de cor de castanho para esverdeado, indicando assim quando necessita ser mudado.
- Sendo biodegradável, se ficarem pequenas partículas na ferida, estas serão inofensivas.

Descrição

Produto baseado em casca de banana que contém todo o IPR. A ação antimicrobiana de largo espectro é promovida pela liberação controlada de iodo. O iodocontido consiste num penso aderente, amarelo.

Indicação

- Feridas minores exudativas, incluindo úlceras de pressão, úlceras de perna e úlceras diabéticas.
- Erusões moderadas e elevadas.
- Situações de presença de fibrina ou infecção, no

Vantagens

- Muda de cor para indicar quando troca de curativo é necessário.
- Não aderente, pode ser removido com soro fisiológico para aplicar e reduzir o trauma para o

Mecanismo de Ação


Inteligente liberação controlada do iodo que promove a cicatrização. Interactivo: Limpa a ferida absorvendo a fibrina e os resíduos. Iodo. Eficaz actividade antimicrobiana de largo espectro.

Contra-Indicações

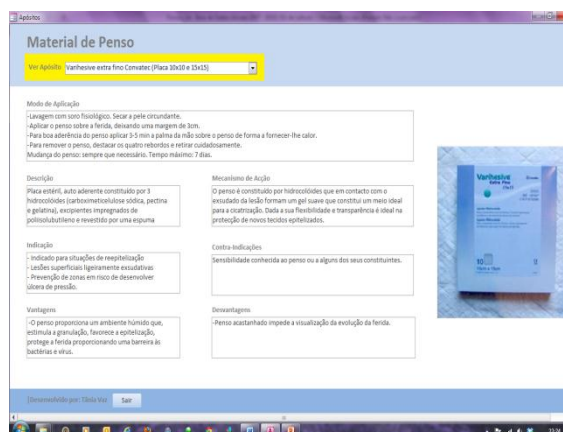
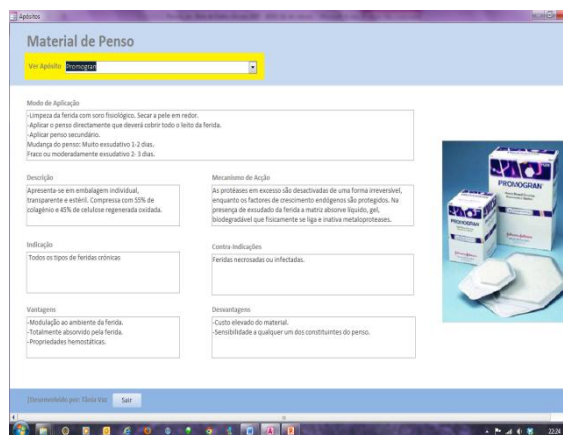
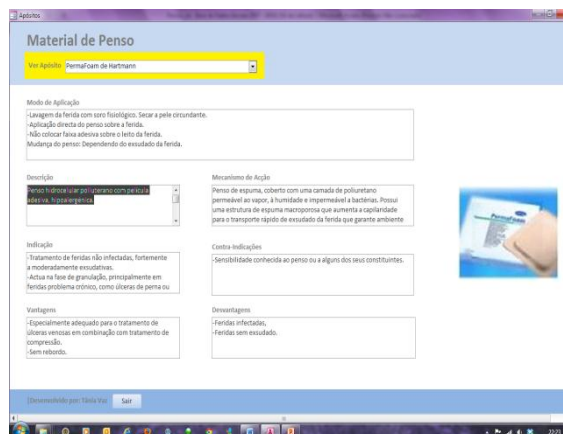
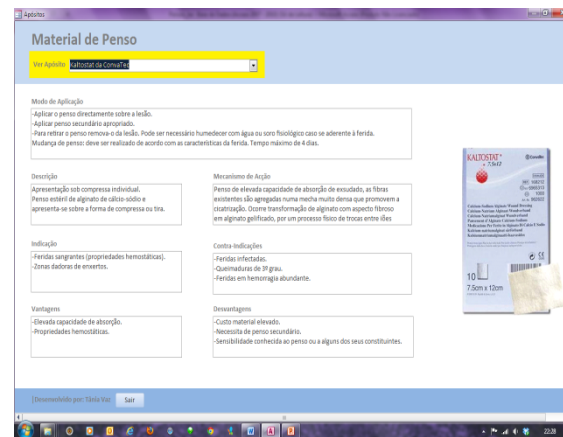
- Clientes sensíveis ou alérgicos ao iodo.
- Patologia conhecida da tiróide.

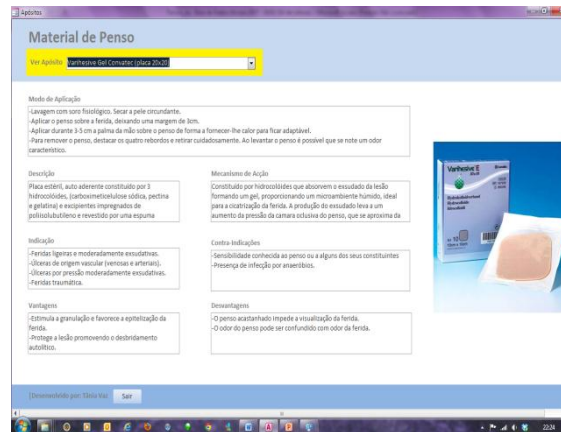
Desvantagens

- Excesso de iodo no material.
- Necessita de penso secundário.



Desenvolvido por: Sinto Sol. [Sair](#)





4.7- Apêndice 7- Poster de decisão de tratamento de úlceras de pressão.



4.8- Apêndice 8- Manual de produtos para tratamento de úlceras de pressão.



MANUAL DE PRODUTOS PARA TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Alunas Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:

- Mónica Tavares
- Tânia Vaz

Orientadas por:

UCP - Professora Doutora Helena José & Professora Mestre Manuela Madureira

UCI - Enfermeiros Especialistas Paul Titus & Cátia Gonçalves

Janeiro de 2012



Índice

1. HIDROCOLÓIDES
 - 1.1- Askina Hydro
 - 1.2- Varihesive Gel
 - 1.3- Varihesive Extra Fino
2. ESPUMAS
 - 2.1- Allevyn Cavity
 - 2.2- Allevyn Adhesive
 - 2.3- Allevyn Sacrum
 - 2.4- Allevyn Non Adhesive
 - 2.5- PermaFoam
3. HIDROFIBRAS
 - 3.1- Aquacel
 - 3.1- Aquacel Ag
4. ALGINATO
 - 4.1- Kaltostat
 - 4.2- Algisite
5. APÓSITO COM CARVÃO
 - 5.1- Askina Carbosorb
6. HIDROGEL
 - 6.1- Askina Gel
 - 6.2- Varihesive Gel
7. PENSOS DE SILICONE
 - 7.1- Adaptic
 - 7.2- Adaptic Touch
 - 7.3- Mepitel
8. PENSO COM MATRIZ DE COLAGENIO
 - 8.1- Promogran
9. PENSOS DE GAZE
 - 9.1- Jelonet
10. BIBLIOGRAFIA

1. HIDROCOLÓIDES

Descrição: Partículas de colóide hidrófilas unida a espuma de poliuteroano, impermeável a bactérias e outros contaminantes; propriedades absorventes mínimas a moderadas; as camadas de contacto podem diferir. Pode ser utilizado como penso primário ou secundário. Indicado para úlceras de pressão categoria II.

1.1- ASKINA HYDRO



DESCRIÇÃO: Penso hidrocolóide estéril, confortável e adesivo. Composto por uma camada de hidrocolóide (à base de CMC, pectina, gelatina) e uma fina camada de espuma de poliuretano que lhe concede propriedades semi oclusivas aos gases, bactérias e líquidos.

MECANISMO DE ACÇÃO: A camada hidrocolóide absorve o exsudato mantendo o meio húmido ideal para o processo de cicatrização pois favorece o desbridamento autolítico, e a migração das células reparadoras que diminui a intensidade da dor. A camada adere à pele íntegra, mas não se adere a superfície em contacto com a ferida. A camada de espuma externa proporciona ao penso conforto no momento de uso. O filme semipermeável de poliuretano fornece uma barreira às bactérias, permite a entrada de oxigénio mas não permite passagem de fluidos e bactérias.

INDICAÇÕES: Feridas moderadamente a altamente exsudativas, de espessura parcial à total, tais como: Úlceras Venosas; Úlceras Arteriais; Úlceras por Pressão; Área de doação de enxerto; Abrasões; Queimaduras de 1º ou 2º grau. Feridas com tecido de granulação/epitelização pouco exsudativas.

CONTRA INDICAÇÕES: Lesões infetadas (anaeróbios) e feridas com tecido infetado.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavar com SF. Secar a pele em redor da lesão, sem secar a ferida.
- Aquecer o hidrocolóide entre as mãos entre 3-5 minutos para permitir que fique maleável e adaptável.
- Selecionar o penso com bordo superior de 2 cm em relação ao perímetro da ferida.
- Pode-se colocar adesivo de fixação da placa, por risco de se enrolar sobre si mesmo.

Mudança do penso: 6 dias, mas pode ir até aos 9 dias.

VANTAGENS:

- Protege o desenvolvimento dos tecidos neoformado.
- Desbridamento autolítico.
- Humidade dos tecidos.
- Pode diminuir a dor.
- Não requer penso secundário.

DESVANTAGENS:

- Este penso impede a visualização da ferida.
- O odor do penso pode ser confundido com odor da ferida.
- Não pode ser utilizado em feridas infetadas.
- Pode existir gel amarelo que se cria após interação com exsudado da ferida, podendo ser confundido com secreção purulenta.
- Não pode ser usado em feridas com grande quantidade de exsudado pois tem pouca capacidade de absorção.

1.2- VARIHESIVE GEL ®



DESCRIÇÃO: Placa estéril, auto aderente constituído por 3 hidrocolóides (carboximetilcelulose sódica, pectina e gelatina), excipientes impregnados de oclusiva de uma matriz de polisolubutileno e revestido por uma espuma oclusiva de poliuterano.

MECANISMO DE ACÇÃO: Constituído por hidrocolóides que absorvem o exsudado da lesão formando um gel, proporcionando um microambiente húmido, ambiente ideal para a cicatrização da ferida. A produção do exsudado conduz a um aumento da pressão da camara oclusiva do penso, que se vai aproximar da pressão capilar, que conduz à diminuição da produção de exsudado.

INDICAÇÕES: Indicado em feridas ligeiras e moderadamente exsudativas: úlceras de origem vascular (venosas e arteriais), úlceras por pressão moderadamente exsudativas, feridas traumáticas, feridas agudas e crónicas.

CONTRA INDICAÇÕES: Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes e presença de infeção por anaeróbios.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavagem com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar o penso sobre a ferida, deixando uma margem de 3cm.
- Para conseguir uma boa aderência do penso aplicar alguns instantes a palma da mão sobre o penso de forma a fornecer-lhe calor.
- Para remover o penso, destacar os quatro rebordos e retirar cuidadosamente. Ao levantar o penso é possível que se note um odor característico.

Mudança do penso: conforme o exsudado da ferida. Tempo máximo de 7 dias.

VANTAGENS:

- Estimula a granulação e favorece a epitelização da ferida.
- Protege a lesão promovendo o desbridamento autolítico.
- Protege a ferida proporcionando uma barreira às bactérias e vírus.
- Maximiza o conforto do doente pois diminui a dor, é de fácil aplicação e remoção.
- Devido à sua grande capacidade de absorção de exsudado, permite menos mudas de pensos.

DESVANTAGENS:

- Este penso impede a visualização da ferida.
- O odor do penso pode ser confundido com odor da ferida.

1.3- VARIHESIVE EXTRA FINO ®

DESCRIÇÃO: Placa estéril, auto aderente constituído por 3 hidrocolóides (carboximetilcelulose sódica, pectina e gelatina), excipientes impregnados de oclusiva de uma matriz de poliisobutileno e revestido por uma espuma oclusiva de poliuretano.

MECANISMO DE ACÇÃO: O penso é constituído por hidrocolóides que em contacto com o exsudado da lesão formam um gel suave que constitui um meio ideal para a cicatrização. Dada a sua flexibilidade e transparência é ideal na protecção de novos tecidos epitelizados.

INDICAÇÕES: Indicado para situações de reepitelização, para lesões superficiais ligeiramente exsudativas e na prevenção de zonas em risco de desenvolver uma úlcera de pressão.

CONTRA INDICAÇÕES: Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes e presença de infeção por anaeróbios.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavagem com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar o penso sobre a ferida, deixando uma margem de 3cm.
- Para conseguir uma boa aderência do penso aplicar alguns instantes a palma da mão sobre o penso de forma a fornecer-lhe calor.
- Para remover o penso, destacar os quatro rebordos e retirar cuidadosamente.

Mudança do penso: sempre que necessário. Tempo máximo: 7 dias.

VANTAGENS:

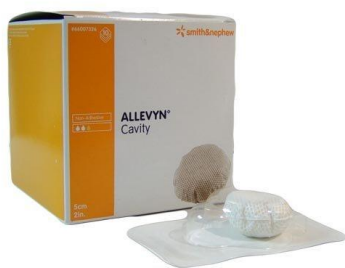
- O penso proporciona um ambiente húmido que, estimula a granulação, favorece a epitelização, protege a ferida proporcionando uma barreira às bactérias e vírus.
- Penso fino, auto aderente, flexível e transparente.
- Pode ser utilizado como penso secundário, com o objectivo de manter a humidade da ferida.

DESVANTAGENS: Este penso impede a visualização da evolução da ferida.

2. ESPUMAS

DESCRIÇÃO: Espuma hidrófila de poliuretano/polímero ou revestida com filme de gel; não oclusivo, não aderente, utilizado como penso absorvente para feridas com exsudado de moderado a elevado. Estão indicados para proteção profilática sobre proeminências ósseas ou áreas de fricção. Indicado para úlceras de pressão categoria II e III.

2.1- ALLEVYN CAVITY ®



DESCRIÇÃO: Penso hidrocélular cavitário não adesivo. Possui uma textura tridimensional em forma de favos de mel, proporcionando uma camada não aderente. São pensos individualizados, esterilizados e embalados em bolsas de plástico. Existe sob a apresentação de quatro tamanhos, 2 circulares e 2 tubulares.

MECANISMO DE ACÇÃO: A membrana externa do penso, fornece uma forma eficaz de baixa camada aderente contacto com a ferida, é perfurado para permitir que o exsudado passe para o interior do penso onde é absorvido e retido por uma massa de chips de espuma de poliuretano hidrofílica. Permite a promoção de uma cura rápida devido à criação de ambiente de cicatrização húmido, que previne a formação de escaras e promove a cura.

INDICAÇÕES: Penso indicado para feridas de cavidades profundas, exsudativas, ou cicatrização por segunda intenção, (úlceras de perna, sinus pilonidal, incisões e excisões cirúrgicas).

CONTRA INDICAÇÕES:

- Não deve ser utilizado em feridas secas e superficiais.
- Não indicado para queimaduras de terceiro grau.
- Não deve ser aplicado em locas profundas mas com abertura de ferida pequena.
- Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes e presença de infecção por anaeróbios

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavagem da ferida apenas com soro fisiológico. Não deve ser usado soluções de hipocloritos e peróxidos, pois degradam quimicamente o penso.
- Aplicação de um penso por ferida, ou mais no caso de ser necessário preencher uma loca muito extensa.
- Colocar penso secundário.

Mudança do penso: Depende da ferida. Em Situações de feridas muito exsudativas e infetadas deve ser mudado diariamente. Feridas moderadamente exsudativas deve ser 2-3 dias. Tempo máximo de permanência do penso de 7 dias.

VANTAGENS:

- Altamente absorvente e adaptável aos contornos da ferida.
- Fácil utilização e aplicação.
- Não aderência que minimiza o desconforto do paciente e qualquer trauma provocado durante a mudança de pensos.

DESVANTAGENS: Custo elevado do penso. Necessita de penso secundário.

2.2- ALLEVYN ADHESIVE ®



DESCRIÇÃO: Penso hidrocelular poliuterano adesivo. Penso com centro hidrocelular e película exterior impermeável de poliuterano, com uma camada de contacto com a ferida perfurada e adesiva.

MECANISMO DE ACÇÃO: O penso possui um centro hidrocelular que absorve e mantém o líquido. A superfície exterior do penso é permeável às trocas. A superfície de adesivo de contacto com a ferida minimiza o risco de derrame de exsudado.

INDICAÇÕES:

- Feridas em fase de granulação com exsudado.
- Altamente absorvente.
- Não utilizar em conjunto com outros produtos oxidantes, peróxido de hidrogénio, que destroem a componente absorvente de poliuterano do penso.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Feridas com tecido necrosado e sem exsudado.
- Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavagem da ferida com soro fisiológico. Secar bem a pele em redor.
- Retirar o papel protetor da parte adesiva do penso.
- Aplicar o penso diretamente sobre a ferida.
- Deve-se aplicar o penso com um bordo de 3 cm de perímetro afastado da ferida.
- Ajustar o penso no local exato e assegurar que os cantos não ficam enrugados.

Mudança do penso: Deve ser mantido até que o exsudado possa ser visto através da película impermeável, e que se encontre a 2cm dos cantos do penso

VANTAGENS:

- Camada exterior impermeável a água.
- Tratamento de custo mais acessível pois não necessita de mudanças pensos frequentes.
- Cómoda e vantajosa a apresentação do adesivo que permite não extravasar o exsudado para a pele. Minimiza a contaminação. Adesivo de baixo nível de alergia.
- Pensos almofadados proporcionam conforto.

DESVANTAGENS:

- Pensos opacos que dificulta a visualização da evolução da ferida.

2.3- ALLEVYN SACRUM ®



DESCRIÇÃO: São apresentados sob a forma de pensos individuais e esterilizados. Allevyn Sacrum possui uma estrutura trifacetada com centro hidrocélular altamente absorvente e uma superfície exterior à prova de água e bactérias. Possui um adesivo não alérgico que adere bem à pele intacta e tem um baixo risco de irritações da pele.

MECANISMO DE ACÇÃO: O centro hidrocélular do penso absorve e retém o líquido na sua estrutura microscópica cinco vezes mais que os hidrocolóides. A superfície exterior do penso permite a formação e manutenção de um ambiente húmido que leva a uma cicatrização rápida. A película externa do poliuretano é à prova de água e bactérias, o que previne perdas de exsudado e minimiza o risco de contaminação.

INDICAÇÕES:

- Feridas com granulação e exsudado, indicado para a região sacro.
- Pode ser utilizado em conjunto com gel desbridante.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Não utilizar o penso com agentes oxidantes.
- Não utilizar para feridas de grau I.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele em volta.
- Ajustar o penso à área sacro, verificando que as pontas não estão enrugadas.
- Colocar a ponta do penso cerca de 2cm acima do esfíncter anal.
- Remover o penso descolando a ponta e puxar suavemente o restante.

Mudança de penso: os pensos deverão permanecer até que o exsudado seja perceptível na superfície exterior e/ou esteja, aproximadamente, a 2 cm da borda do penso. Tempo máximo de permanência 7 dias.

VANTAGENS:

- Apresentação de formato sacro com adaptação anatômica para maior durabilidade.
- Possui adesivo de adesão à pele. Pensos macios que melhoram o conforto do cliente.
- Grande capacidade de absorção de exsudado.

DESVANTAGENS:

- Pensos opacos que dificulta a visualização da evolução da ferida.
- Limitações face à região corporal de utilização.
- Irritação ou maceração da pele em volta de ferida por uma hipersensibilidade ao penso ou pele frágil.

2.4- ALLEVYN NON-ADHESIVE®



DESCRIÇÃO: Pensos hidrofílicos de poliuretano. Apresentam-se em saquetas individuais e esterilizadas. Possui uma estrutura trilaminada, consistindo num acamada tridimensional de contacto não aderente à ferida e uma camada exterior à prova de água e bactérias.

MECANISMO DE ACÇÃO: Peso possui uma camada central que absorve o exsudado pela acção capilar e, também, pela absorção do fluido através da estrutura molecular. A parte exterior do penso é impermeável, o que impede a passagem de exsudado. A camada tridimensional de poliuretano possui características não aderentes à ferida.

INDICAÇÕES:

- Adequado a feridas em fase de granulação e exsudativas.
- Pode ser utilizado em conjunto com a terapia de compressão.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Não utilizar em associação com agentes oxidantes.
- Não utilizar em feridas de grau I.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele em redor.
- Aplicar a face branca na ferida e fixar o penso.
- Optar por um penso que permita 1,5cm de margem à volta da ferida.

Mudança de penso: Pode ser mantido por 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado.

VANTAGENS:

- Altamente absorvente.
- Não aderência da camada superior do penso.
- Promove uma rápida cicatrização.
- Penso não adesivo.
- Fácil de utilizar.
- Penso macio e almofadado.

DESVANTAGENS:

- Hipersensibilidade da pele ao penso.
- Necessita de frequentes mudanças de penso em situações de feridas muito exsudativas.

2.5- PERMAFOAM ®



DESCRIÇÃO: Penso hidrocélular poliuterano. Película adesiva, hipoalergénica.

MECANISMO DE ACÇÃO: Penso de espuma, coberto com uma camada de poliuretano permeável ao vapor e à humidade e impermeável a bactérias. Possui uma estrutura de espuma macroporosa que aumenta a capilaridade para o transporte rápido de exsudado da ferida, e garante um ambiente equilibrado e húmido.

INDICAÇÕES:

- Proteção de zonas de proeminência óssea e calcâneos.
- Tratamento de feridas não infetadas, fortemente a moderadamente exsudativas.
- Atua na fase de granulação, principalmente em feridas problema crónico, como úlceras de perna ou úlceras de pressão.
- Acelera a drenagem das secreções e protege a pele contra macerações.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Não utilizar em feridas infetadas, tecidos necrosados e feridas sem exsudado.
- Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes e presença de infeção por anaeróbios.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavagem da ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicação do penso sobre a ferida.
- Não colocar a faixa adesiva sobre o leito da ferida, permitir alguma margem.

Mudança do penso: Dependendo do exsudado da ferida.

VANTAGENS:

- Especialmente adequado para o tratamento de úlceras venosas em combinação com tratamento de compressão.
- Sem rebordo.
- Grande capacidade de absorção, para maior controlo exsudativo.
- Controlo eficaz do exsudado na fase da limpeza e granulação.
- Acelera a drenagem das secreções e protege a pele contra macerações.
- Indicado para feridas de secreção abundante.

DESVANTAGENS: Não pode ser utilizado em feridas infetadas.

3. HIDROFIBRAS

DESCRIÇÃO: Pensos constituídos por microfibras que absorvem exsudado e melhoram a cicatrização da ferida. Estes pensos podem conter prata, sendo indicados para feridas infectadas ou altamente colonizadas por bactérias.

3.1- AQUACEL®



DESCRIÇÃO: Penso constituído por hidrofibras de carboximetilcelulose sódica. Penso estéril e apresenta-se sobre a forma de compressa.

MECANISMO DE ACÇÃO: O penso é constituído por milhares de microfibras que absorvem o exsudado na vertical. Uma vez absorvido, este exsudado fica retido, não extravasando para o exterior. O gel formado fornece humidade à ferida.

INDICAÇÕES:

- Feridas moderadamente exsudativas, não infectadas nem em colonização crítica.
- Feridas de granulação com leito seco (pré-hidratar com gel desbridante).
- Feridas de tecido necrosado e desvitalizado.
- Abrasões, lacerações, pé diabético, queimaduras de primeiro e segundo grau.
- Úlceras de origem venosa ou de origem arterial muito exsudativas.
- Úlceras de pressão de segunda ou terceiro categoria, feridas cirúrgicas e traumáticas.
- Em feridas cavitárias deve ser utilizado o Aquacel® em formato de tiras.
- Feridas muito exsudativas e /ou difíceis de cicatrizar. Absorvente para controlo do exsudado.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Indivíduos com reações alérgicas a algum componente do produto.
- Aquacel® não deve ser usado como esponja cirúrgica.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Irrigar a lesão com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar o penso diretamente sobre a lesão. O penso deve ultrapassar os bordos da ferida em, pelo menos, 1cm pela diminuição da maceração da pele.
- Numa úlcera com loca, introduzir uma tira, preenchendo metade da lesão.
- Aplicar penso secundário.
- Situação de tecido de necrose pode-se aplicar gel desbridante em conjunto, de forma a promover o desbridamento autolítico.
- Para retirar o penso basta removê-lo. No caso de estar desidratado, humedeça com soro fisiológico ou água.

Tempo de permanência: 1 a 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Tempo máximo: 7 dias.

VANTAGENS:

- Penso molda-se à superfície da ferida.
- Eficaz no desbridamento da ferida de tecido cruzado.
- Disponível em diferentes formatos.
- Remoção do penso não traumatiza a ferida.

DESVANTAGENS:

- Necessita de penso secundário.
- Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes.
- Não pode ser utilizado em feridas infectadas.

3.2- AQUACEL AG®



DESCRIÇÃO: Pensos individuais e esterilizados. Penso absorvente antimicrobiano. É um penso macio composto de carboximetilcelulose sódica e 1,2% de prata iônica.

MECANISMO DE ACÇÃO: A prata iônica contida no penso garante eficácia antimicrobiana para um largo espectro de microorganismos patogénicos. O penso é altamente absorvente, suave, adaptável e forma um gel que se adapta á superfície da ferida, promovendo um ambiente húmido e auxiliando o desbridamento autolítico. Facilita a cicatrização e ajuda a reduzir o risco de infeção.

INDICAÇÕES:

- Úlceras de pé diabético de origem neuropática, isquémica e neuro-isquémica.
- Úlceras vasculares de perna.
- Úlceras de pressão.
- Queimaduras de 2º grau.
- Feridas cirúrgicas e feridas oncológicas.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Não deve ser utilizado em indivíduos com sensibilidade ao penso ou à prata.
- Não é compatível com produtos à base de óleos.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Limpar a ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Em feridas superficiais, o penso deve ser aplicado com sobreposição de pelo menos 1 cm sobre o bordo da ferida.
- Feridas cavitárias, deve-se colocar tira ou compressa até preencher cerca de 80% da capacidade da cavidade.
- O penso pode ser recortado numa medida mais adequada à ferida sem perda da sua eficácia.
- Deve-se aplicar penso secundário.
- O penso é de fácil remoção, sem deixar resíduos na ferida. No caso de aderência, deve ser humedecido com soro fisiológico ou água.

Mudança de penso: pode-se manter o penso até o exsudado atingir o penso secundário, ou pode ser mudado consoante as necessidades clínicas (feridas infectadas diariamente). Tempo máximo de permanência: 7 dias.

Vantagens:

- Protege a pele perilesional reduzindo o risco de maceração.
- Proporciona um ambiente húmido para fomentar o processo de cicatrização.
- Redução da dor.
- Penso molda-se à superfície da ferida.
- Eficaz no desbridamento da ferida de tecido cruzado.
- Disponível em diferentes formatos.
- Remoção do penso não traumatiza a ferida.

DESVANTAGENS:

- Necessita de penso secundário.

4. ALGINATO

DESCRIÇÃO: Penso composto de fibras não compostas de alginato de cálcio, um polissacarídeo semelhante à celulose (penso muito absorvente, feito de algas marinhas que forma um gel suave quando misturado com o fluido da ferida), propriedades hemostáticas. Contra indicado para escaras secas.

4.1- KALTOSTAT ®



DESCRIÇÃO: Penso estéril de alginato de cálcio-sódio e apresenta-se sobre a forma de compressa ou tira.

MECANISMO DE ACÇÃO: Penso de elevada capacidade de absorção de exsudado, as fibras existentes são agregadas numa mecha muito densa que promovem a cicatrização. Ocorre transformação de alginato com aspeto fibroso em alginato gelificado, por um processo físico de trocas entre iões cálcio, presentes no exsudado da lesão. Deste mecanismo resulta as propriedades hemostáticas.

INDICAÇÕES:

- Feridas sangrantes (propriedades hemostáticas).
- Zonas dadoras de enxertos.
- Penso primário em feridas exsudativas e altamente exsudativas.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Feridas infectadas.
- Queimaduras de 3º grau.

- Feridas com pouco ou nenhum exsudado.

MODOS DE APLICAÇÃO:

- Irrigação com soro fisiológico. Secar a pele em redor.
- Aplicar o penso diretamente sobre a lesão.
- Aplicar penso secundário apropriado.
- Para retirar o penso remova-o da lesão. Pode ser necessário humedecer com água ou soro fisiológico caso se adherente à ferida.

Mudança de penso: deve ser realizado de acordo com as características da ferida.
Tempo máximo de 4 dias.

VANTAGENS:

- Elevada capacidade de absorção.
- Propriedades hemostáticas.

DESVANTAGENS:

- Custo material elevado.
- Necessita de penso secundário.
- Sensibilidade conhecida ao penso ou a alguns dos seus constituintes.

4.2- ALGISITE M ®



DESCRIÇÃO: Penso de alginato de cálcio. Penso individualizado e estéril.

MECANISMO DE ACÇÃO: Este penso possui uma estrutura que interage com o exsudado da ferida transformando-se num gel hidrofílico. Este gel proporciona um gradiente ótimo de humidade e absorção favorecendo o ambiente para a formação de tecido de granulação e cicatrização da ferida.

INDICAÇÕES:

- Úlceras de pressão, Úlceras vasculares, Zonas dadoras de enxertos.
- Feridas sangrantes, com exsudado hemorrágico, Feridas infetadas, Feridas agudas.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Úlceras de pressão com tecido necrótico.
- Feridas sem exsudado.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Lavar a ferida com SF. Secar a pele circundante.
- Selecionar o tamanho do penso adequado.
- Aplicar cobrindo ou preenchendo a ferida. Não é necessário sobrepor os bordos.
- Aplicar penso secundário.

Mudança do penso: Quando o penso secundário se apresenta repassado ou quando existe saturação do penso. Tempo máximo permanência: 7 dias.

VANTAGENS:

- Proporciona gradiente de humidade ótimo.
- Fácil remoção e efeito hemostático.
- Contração mínima. Diminuição do custo de cicatrização.

DESVANTAGENS:

- Necessita de penso secundário.

5. APÓSITO COM CARVÃO

DESCRIÇÃO: Penso indicado para feridas infectadas e com odor.

5.1- ASKINA® CARBOSORB



DESCRIÇÃO: Apósito de carvão ativado. Penso individual e estéril. Composto de puro carvão ativado/impregnado com prata. Os apósitos de carvão ativado são constituídos por duas camadas (interna e externa) de tecido não tecido no interior das quais existe uma camada intermédia de carvão ativado. Este caracteriza-se por apresentar uma elevada capacidade de absorção uma vez que adsorve à sua superfície as moléculas responsáveis pelo mau cheiro. Para além dessas moléculas, absorve água, bactérias e outros componentes presentes no exsudado.

MECANISMO DE ACÇÃO: O penso cria um ambiente favorável para a cicatrização eficaz das feridas, fixando e imobilizando os microorganismos que as contaminam e infetam. A impregnação com prata combate microorganismos da ferida no penso, o que reduz a colonização bacteriana da ferida e inibe a infeção. Elimina odores ofensivos. É muito bem tolerado devido ao seu princípio puramente físico de limpeza da ferida. As bactérias e substâncias com mau odor ficam retidas na camada de Carvão.

INDICAÇÕES:

- Feridas ulcerativas, traumáticas e cirúrgicas.
- Em locais onde a contaminação bacteriana, a infeção ou odor possam ocorrer.
- Feridas com um nível de exsudado moderado a elevado que libertam mau odor.
- Úlceras varicosas.
- Úlceras por decúbito.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Não deve ser aplicado em feridas secas e necrosadas.
- Não pode ser cortado, pois as partículas de carvão ativado podem entrar na ferida e provocar descoloração.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Limpeza da ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar o penso sobre a ferida.
- A aderência do penso em feridas de exsudado reduzido pode ser prevenida pela aplicação de hidrogel entre a ferida e Askina®.
- Em feridas muito exsudativas a Askina® pode ser conciliada com um penso de alginato de cálcio, aplicado por baixo da Askina®, aumentando consideravelmente a capacidade de absorção do penso.
- Em feridas moderada a muito exsudativas, Askina® apenas facilita a criação de um ambiente mais propício à cicatrização.

Mudança do penso: Em feridas muito exsudadas e infetadas, o penso deve ser mudado pelo menos diariamente. Em feridas não infetadas mas com mau odor, pode permanecer durante 3-4 dias.

VANTAGENS:

- Elimina o odor das feridas, o que melhora o conforto do cliente.
- Favorece a limpeza da ferida

DESVANTAGENS:

- Não pode ser cortada a compressa de carvão.
- Necessita sempre de penso secundário.

6. HIDROGEL

DESCRIÇÃO: Polímero ligado entre si, baseado em água ou glicerina, não aderente (propriedade absorvente variável, contém 80-90% de água). Utilizado em feridas com leito seco. Necessita de penso secundário.

6.1- ASKINA GEL ®



DESCRIÇÃO: Gel amorfo composto por polímero de amido modificado, glicerol (emoliente) e alto teor de água. Utilizado em feridas superficiais e profundas necrosadas. Fornecido em bisnaga de 15g estéril, com ponta em formato de aplicado. Composição: Água purificada, glicerina, agente gelificante, Polímero Acrílico.

MECANISMO DE ACÇÃO:

Hidratação - Feridas necrosadas estão debaixo de uma camada de tecidos mortos “cimentadas” por fibrina seca que não se conseguem dissolver. O desbridamento autolítico ativa o ambiente húmido com um apropriado produto dador de água como Askina GeL ®.

Absorção - Feridas exsudativas necessitam de proteção contra agentes infecciosos externos.

INDICAÇÕES:

- Tratamento da maioria dos tipos de úlceras, feridas de pressão e outras feridas necrosadas.
- Desbridamento de feridas necrosadas.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Não usar em queimaduras de terceiro grau.
- Não usar se o tubo está danificado ou o selo é quebrado.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Irrigar a solução com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar hidrogel diretamente sobre a ferida, sem extravasar para pele circundante (altura mínima de 5mm).
- Aplicar um penso secundário. Para remover o gel basta aplicar soro fisiológico.

Mudança de penso: até 7 dias.

VANTAGENS:

- Mais hidratação: doa 40% de sua água na ferida.
- Não danifica os tecidos de granulação.
- Pode ser usado em várias fases de cicatrização.
- Cânula que facilita a aplicação em feridas cavitárias.
- Boa transparência, facilitando a visualização da lesão.

DESVANTAGENS:

- Não usar em pacientes com sensibilidade conhecida ao gel ou um de seus componentes.
- Necessita sempre de penso secundário.

6.2- VARIHESIVE HIDROGEL®

DESCRIÇÃO: Gel transparente, estéril e hidratado, constituído por hidrocolóides-carboximetilcelulose sódica e pectina. Fornecido em bisnaga de 15 g e com aplicador estéril.

MECANISMO DE ACÇÃO: O gel cria no leito da ferida um meio húmido que hidrata os tecidos necrosados e promove o desbridamento autolítico. A água permite manter o meio húmido, como veículo para a migração das células fagocitárias para a sua acção de proteólise. As proteolíticas proporcionam a libertação do tecido necrótico da ferida. Vai estimular a granulação e favorecer a epitelização. Não provoca danos na ferida.

INDICAÇÕES:

Feridas secas com tecido necrosado, esfacelos e/ou depósitos de fibrina e desbridamento autolítico de lesões.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Não usar em queimaduras de terceiro grau
- Não usar se o tubo está danificado ou o selo é quebrado

MODO DE APLICAÇÃO:

- Irrigar a solução com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar o hidrogel diretamente sobre a ferida, sem extravasar para pele circundante (altura mínima de 5mm).
- Possui um aplicador estéril para facilitar a aplicação do gel.
- Aplicar um penso secundário. Para remover o gel basta aplicar soro fisiológico.

Mudança de penso: até 3 dias.

VANTAGENS:

- Mais hidratação: doa 40% de sua água na ferida
- A cânula especial de aplicação.
- Gel sem cor que não altera a coloração da ferida.
- Não danifica os tecidos de granulação.
- Pode ser usado em várias fases de cicatrização.

DESVANTAGENS:

- Não usar em pacientes com sensibilidade conhecida ao gel ou um de seus componentes
- Necessita sempre de penso secundário.

7. PENSOS DE SILICONE

DESCRIÇÃO: Utilizados como penso primário. Formados por uma cama única de rede, composta (poliamida), atuam como material de baixa aderência quando aplicado sobre a superfície da ferida. Permitem a visualização da ferida.

7.1- ADAPTIC ®



DESCRIÇÃO: Compressa primária não aderente, impregnada de petrolato líquido.

MECANISMO DE ACÇÃO: As compressas são compostas por tecido celulósico impregnado por emulsão de petrolato. O exsudado passa facilmente através do penso. A emulsão e a estrutura do tecido protegem a ferida e impedem a aderência.

INDICAÇÕES:

- Queimaduras de 1º e 2º grau.
- Abrasões. Enxertos. Eczema.
- Úlceras venosas. Úlceras de pressão.
- Incisões cirúrgicas. Lacerações.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Queimaduras de 3º grau.
- Feridas necrosadas.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Limpeza da ferida com uma solução salina.
- Aplicação da compressa diretamente sobre a ferida.
- Pode ser cortada à medida da lesão.
- Colocar um penso secundário, conforme a quantidade de exsudado.

Mudança do penso: depende da quantidade de exsudado. Pode permanecer 5-6 dias.

VANTAGENS:

- Ajuda a prevenir a aderência de pensos.
- Ajuda a proteger o tecido regenerativo e minimiza as dores.
- Evita a acumulação de líquido no local da ferida.
- Pode ser cortado à medida da ferida sem se estragar.

DESVANTAGENS: Sensibilidade do cliente a algum do constituinte do penso.

7.2- ADAPTIC® TOUCH



DESCRIÇÃO: Compressa primária de silicone, não aderente, flexível e de malha microperfurada. Composta por acetato de celulose revestido com uma camada de silicone ligeiramente aderente.

MECANISMO DE ACÇÃO: A malha microperfurada reduz o risco de aderência do penso secundário ao leito da ferida através dos poros. Minimiza o risco de acumulação de exsudado e aderência do penso secundário.

INDICAÇÕES:

- Feridas crônicas com exsudado fraco a elevado, profundas ou superficiais incluindo, úlceras de perna, úlceras de pressão, úlceras de pé diabético.
- Feridas agudas.
- Zonas dadoras de enxertos.
- Queimaduras de 1º e 2º grau.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Queimaduras de 3º grau.
- Implantes cirúrgicos.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Limpeza da ferida com soro fisiológico. Secar a pele circundante.
- Aplicar a compressa diretamente sobre a ferida e adaptar o penso em redor.
- Aplicar penso secundário.
- Pode-se utilizar mais que uma compressa, quando necessário.
- Remoção do penso sem trauma para a ferida e dor para o cliente.

Mudança de penso: pode permanecer até 5- 6 dias.

VANTAGENS:

- O tamanho pode ser adaptado (cortando o penso) pois não se desfia nem deixa resíduos de fibras nas feridas.
- Penso não aderente à ferida e flexível ao seu tamanho.
- Preço acessível.

DESVANTAGENS:

- Clientes com sensibilidade conhecida ao silicone ou ao acetato de celulose.

7.3- MEPITEL®

DESCRIÇÃO: Penso de contacto de suave silicone. Penso individualizado e esterilizado.

MECANISMO DE ACÇÃO: A estrutura porosa do Mepitel permite a passagem do exsudado para um penso absorvente exterior. A camada Safetac não deixa o penso exterior colar à ferida e assegura mudanças de pensos atraumáticas. A camada Safetac sela à volta dos rebordos da ferida, impedindo a fuga do exsudado para cima da pele circundante, minimizando assim o risco de maceração.

INDICAÇÕES:

- Lesões abrasivas.
- Incisões cirúrgicas.
- Queimaduras de segundo grau.
- Flictenas.

- Enxertos de espessura parcial e total.
- Úlceras diabéticas.
- Úlceras venosas e arteriais.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Úlceras de pressão de categoria III e IV.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Irrigação da ferida com SF. Secar a pele circundante.
- Aplicar diretamente sobre a ferida o penso. Deve cobrir pelo menos 2cm.
- Aplicar penso de proteção.

Mudança de penso: Pode permanecer no lugar por um período até 3 dias.

VANTAGENS:

- Minimiza a dor e o trauma das mudanças de penso.
- Permite mudanças de pensos menos frequentes.
- Minimiza o risco de maceração.
- Produto mantém as propriedades ao longo do tempo - não deixa resíduos nem seca.
- Transparente para inspeção fácil da ferida durante a aplicação e durante o uso.
- Adapta-se bem aos contornos do corpo, promovendo o conforto do doente.
- Permanece no lugar.
- Baixo potencial para irritação e alergia da pele.

DESVANTAGENS:

- Sensibilidade do cliente a algum componente do penso.

8. PENSO COM MATRIZ DE COLAGENIO

DESCRIÇÃO: Principal proteína do corpo (estimula a migração celular e contribui para o desenvolvimento de novo tecido e desbridamento da ferida). Indicado em úlceras de categoria III e IV.

8.1- PROMOGRAN ®



DESCRIÇÃO: Apresenta-se em embalagem individual, transparente e estéril. Compressa com 55% de colagénio e 45% de celulose regenerada oxidada.

MECANISMO DE ACÇÃO: As proteases em excesso são desativadas de uma forma irreversível, enquanto os fatores de crescimento endógenos são protegidos. Na presença de exsudado da ferida a matriz absorve líquido, gel, conforme biodegradável que fisicamente se liga e inativa metaloproteases.

INDICAÇÕES: Todos os tipos de feridas crónicas.

CONTRA INDICAÇÕES: Feridas necrosadas ou infetadas.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Limpeza da ferida com soro fisiológico. Secar a pele em redor.
- Aplicar o penso diretamente na ferida, e deverá cobrir todo o leito da ferida.
- Aplicar penso secundário.

Mudança do penso: Muito exsudativo 1-2 dias. Fraco ou moderadamente exsudativo 2- 3 dias. Os resíduos não necessitam de ser retirados da ferida durante o tratamento.

VANTAGENS:

- Modulação ao ambiente da ferida.
- Totalmente absorvido pela ferida.
- Propriedades hemostáticas.
- Boa relação preço/ eficiência.

DESVANTAGENS:

Sensibilidade a qualquer um dos constituintes do penso.

9. PENSO DE GAZE

DESCRIÇÃO: Produzidos sobre a forma de gazes de tecido, impregnadas e não aderentes. Utilizado preferencialmente em feridas cirúrgicas.

9.1- JELONET ®



DESCRIÇÃO: Pensos de gaze parafinada. Disponível em compressa individual ou em caixa de rolo. Compressas esterilizadas. Gaze parafinada com fios entrelaçados que não permite desfiar quando se corta a compressa.

MECANISMO DE ACÇÃO: Penso composto por uma tela de malha aberta de algodão impregnada com parafina, para hidratação e proteção da ferida.

INDICAÇÕES:

- Queimaduras pequenas ou escoriações.
- Zonas dadoras de/ e para enxerto.
- Feridas com perda de pele, lacerações e abrasões.
- Úlcera de perna.

CONTRA INDICAÇÕES: Feridas exsudativas.

MODO DE APLICAÇÃO:

- Limpeza da ferida com soro fisiológico. Secar a pele em redor.
- Aplicação da compressa diretamente sobre a ferida.
- Aplicar compressa ou ligadura de proteção.

Mudança de penso: deve ser de 2/ 2 dias, para evitar que a compressa desidrate e vai aderir à ferida

VANTAGENS:

- Não aderente à pele
- Não é medicado, pode ser utilizado em conjunto com antibióticos.

DESVANTAGENS:

Situação de desidratação da compressa que adere à lesão, sendo traumático a sua remoção. Deve-se aplicar solução salina para remoção.

10. BIBLIOGRAFIA

- BARANOSKI, Shanon; AYELLO, Elizabeth. O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos. trad. de João Gouveia. Loures. Lusodidacta. 2004. 486p. ISBN 972-8930-03-8.
- EPUAP; NPUAP. Prevenção de Úlceras de Pressão – Guia de consulta rápido. trad. de Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. 2009. 24p.
- EPUAP; NPUAP. Tratamiento de las úlceras por presión – Guía de referencia rápida. 2009. 42p.
- <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/>
- <http://www.medicalplus.pt>
- <http://www.convatec.com>
- <http://hartmann.info>
- <http://www.smith-nephew.com>
- <http://www.systagenix.com.pt>
- <http://www.molnlycke.com>
- <http://www.worldwidewounds.com>
- <http://www.bbraun.com>

4.9- Apêndice 9- Ação de formação sobre “*Novas Guidelines*” para úlceras de pressão.

- Planeamento da sessão
- Divulgação da sessão
- Slides apresentados durante a ação de formação
- Folha de avaliação da sessão de formação
- Resultados da avaliação da sessão de formação



PLANEAMENTO DA SESSÃO

Local: Hospital da Luz (sala de registos) 26 de Janeiro de 2012

Tema: Sensibilização para as novas *guidelines* sobre as úlceras de pressão (prevenção e tratamento)

Destinatários: Equipa de enfermagem

Objectivo: Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCI para a importância da uniformização do tratamento das úlceras de pressão.

ETAPAS	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MEIOS AUDIOVISUAIS	TEMPO	AVALIAÇÃO
Introdução	-Apresentação dos formadores. - Abordar o tema. - Informar da organização da sessão.	-Apresentação dos formadores. -Introdução do tema. -Objetivos da sessão.	Método expositivo	Computador	2 minutos	<i>Feedback</i> dos formandos e formadores.
Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos.	-Definição de UP -Avaliação risco e prevenção UP - Tratamento UP.	-Método expositivo -Método participativo	Computador	15 minutos	Interesse e participação demonstrado pelos formandos.
Avaliação	Avaliar os conteúdos lecionados.	Sugestões para mudança de práticas no serviço.	Método participativo		10 minutos	Participação dos formandos.
Conclusão	Refletir em grupo.	- Esclarecimento de dúvidas. - Agradecimentos.	Método participativo		3 minutos	Preenchimento da folha de avaliação da sessão pelos formandos.



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

SENSIBILIZAÇÃO PARA AS NOVAS GUIDELINES SOBRE AS ÚLCERAS DE PRESSÃO (PREVENÇÃO E TRATAMENTO)

Objetivo Geral: Sensibilizar a Equipa de Enfermagem da UCI para a importância da uniformização do tratamento das Úlceras por Pressão (UP).

Objetivos Específicos:

- Promover a adoção de boas práticas considerando as novas *guidelines* da EPUAP.
- Dar a conhecer a nova classificação para a categorização das úlceras de pressão.
- Refletir sobre a prevenção de úlceras de pressão.
- Dar a conhecer os apósitos indicados para o tratamento das úlceras de pressão.

Actividades

- Sessões informais de formação, durante a Passagem de Ocorrências, sobre a prevenção e tratamento das úlceras de pressão, segundo as novas *guidelines* da EPUAP.
- Aplicação de inquérito de avaliação das sessões de formação.

Local - Sala de Registos da UCI

Duração - 30 minutos

Data – 26 de Janeiro de 2012

Formadoras: Mónica Tavares e Tânia Vaz

Alunas do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

- Sob orientação dos Enfermeiros Especialistas Paulo Titus e Cátia Gonçalves
- Sob tutoria da Professora Doutora Helena José e da Professora Mestre Manuela Madureira



HOSPITAL DA LUZ
ESPÍRITO SANTO-SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

1

ÚLCERAS POR PRESSÃO

“NOVAS GUIDELINES”

Alunas Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Mônica Tavares
Tânia Vaz de Almeida Pontes

Orientadas por:
UCP - Professora Doutora Helena José & Professora Mestre Manuela Madureira
UCI - Enfermeiros Especialistas Paul Titus & Cátia Gonçalves

Janeiro de 2012

2

OBJECTIVO GERAL

Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCI para a importância da uniformização do tratamento das Úlceras por Pressão (UP)

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a adopção de boas práticas relacionadas com as UP - Prevenção e Tratamento, considerando as novas recomendações da EPUAP;
- Reflectir sobre a prevenção de UP;
- Promover o tratamento adequado das UP de acordo com a sua Categoria;
- Divulgar os apóritos existentes no Hospital da Luz e suas recomendações.

3

SUMÁRIO

- ❑ Definição
- ❑ Etiologia
- ❑ Classificação
- ❑ Lesão por Humidade
- ❑ Prevenção
- ❑ Tratamento

4

DEFINIÇÃO

“Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.”

NPUAP/EPUAP: “Prevenção de úlceras de Pressão” - Guia de consulta rápido. 2009

5

ETIOLOGIA DAS UP

FACTORES INTRÍNSECOS

- ✓ Idade
- ✓ Mobilidade
- ✓ Sensibilidade

Integridade dos tecidos

- ✓ Estado Nutricional → Perfusão dos tecidos e integridade da pele

- ✓ Doença vascular periférica
- ✓ Alterações cardíacas
- ✓ Hipotensão
- ✓ Doença aterosclerótica

Oxigenação dos tecidos

6

ETIOLOGIA DAS UP

FACTORES EXTRÍNSECOS

Forças de:

PRESSÃO



FRICÇÃO



TORÇÃO



CLASSIFICAÇÃO

CATEGORIA I ERITEMA NÃO BRANQUEÁVEL

"Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente."

EPUAP



ERITEMA BRANQUEÁVEL

"Área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicado pressão com a extremidade do dedo. O eritema branqueável num local sobre pressão é habitualmente devido a uma resposta hiperémica reactiva normal."

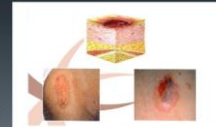
EPUAP



CATEGORIA II PERDA PARCIAL DA ESPESSURA DA PELE

"Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero hemático."

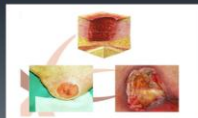
EPUAP



CATEGORIA III PERDA TOTAL DA ESPESSURA DA PELE

"Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo mas não estão expostos os osso, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida) mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento."

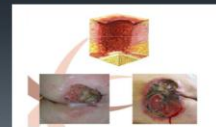
EPUAP



CATEGORIA IV PERDA TOTAL DA ESPESSURA DOS TECIDOS

"Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistulizadas."

EPUAP

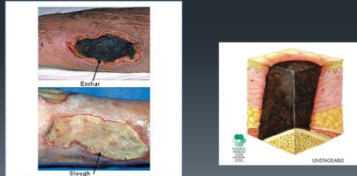


NOVAS CATEGORIAS - EUA

13

INCLASSIFICÁVEIS

Perda total da espessura dos tecidos cuja profundidade da ferida está bloqueada por tecido necrótico – PROFUNDIDADE INDETERMINADA

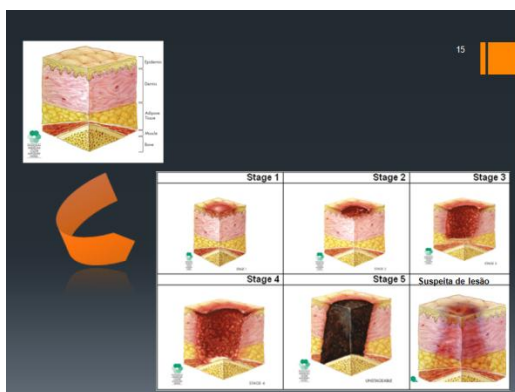


NOVAS CATEGORIAS - EUA

14

SUSPEITA DE LESÃO DOS TECIDOS PROFUNDOS

Presença de uma área vermelha escura ou púrpura em pele intacta, ou flictena hemática, provocadas por danos no tecido subjacente devido a forças de pressão ou de torção.

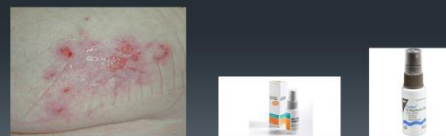


15

LESÃO POR HUMIDADE

16

“Lesão que ocorre na pele/maceração devido à presença constante de umidade, que propicia a quebra das ligações do colagénio, aumentando a maceração da pele. Pode conduzir ao aparecimento de uma úlcera de pressão.”



ÚLCERAS POR PRESSÃO VS LESÕES POR HUMIDADE

17

	UP	LPH
Causa	Pressão e/ou Forças de deslizamento	Humidade presente (pele brilhante e húmida)
Localização	Geralmente sobre proeminências ósseas	Presença de humidade + fricção
Forma	Formas circulares ou regulares	Vários pontos superficiais e difusos
Profundidade	Podem atingir o músculo e osso	São superficiais
Necrose	Pode estar presente	Não existe necrose
Bordos	Distintos	Difusos e irregulares
Cor	Em função do tecido presente	Rosa ou branco na pele adjacente

PREVENÇÃO

18



20

ESCALA DE BRADEN

- Diminuir a incidência de UP;
- Identificar os clientes com maior risco de desenvolver UP;
- Planejar cuidados baseados em factores de risco e grau de severidade;
- Evitar cuidados dispendiosos e desnecessários;
- Melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os custos;
- Diminuir o tempo de internamento.

Percepção Sensorial Humidade Actividade

Mobilidade Nutrição Fricção e Forças de Deslizamento

21

AValiação e Cuidados com a Pele

- ❖ Avaliação da pele diária;
- ❖ Inspeccionar a pele regularmente procurando zonas de rubor, que estão em risco de desenvolver UP;
- ❖ Em indivíduos com pele pigmentada, avaliar presença de calor, edema ou tumefacção;
- ❖ Vigiar a pele quanto a danos provocados por pressão devido a dispositivos médicos
- ❖ Documentar todas as avaliações;

22

AValiação e Cuidados com a Pele

- ❖ Não posicionar indivíduos numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada;
- ❖ Não massajar para prevenir UP;
- ❖ Utilizar emolientes para hidratar a pele seca, reduzindo o risco de lesão por pressão;
- ❖ Proteger a pele da exposição à humidade usando produtos barreira para reduzir o risco de lesão.

23

ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS

- ❑ Deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre as áreas mais vulneráveis do corpo;
- ❑ A frequência dos posicionamentos deve ter em consideração as superfícies de apoio em uso e variáveis relacionadas com o indivíduo, tais como:
 - Tolerância dos tecidos
 - Nível de actividade e mobilidade
 - Condição clínica global
 - Avaliação do tratamento
 - Avaliação da condição individual da pele
- ❑ Registrar os posicionamentos quanto à frequência e à posição adoptada;
- ❑ O posicionamento contribui para o conforto, dignidade e a capacidade funcional do indivíduo;

24

ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS

Reposicionamento:

Deitado:

- Aliviar a pressão ou redistribuí-la;
- Evitar forças de torção usando ajudas de transferência;
- Evitar posicionar o indivíduo em contacto directo com dispositivos médicos;
- Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;
- Preferir Semi-Fowler e Laterais a 30º.

Sentado:

- Reduzir a pressão e torção sobre a pele e tecidos moles;
- Colocar os pés apoiados se não chegam ao chão;
- Limitar o tempo sentado sem alívio da pressão.

NUTRIÇÃO

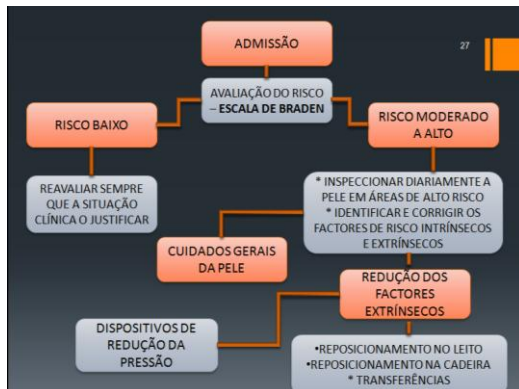
25

- ❖ Rastrear e avaliar o estado nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver UP;
- ❖ Todos os clientes em risco nutricional e de desenvolvimento de UP devem ser referenciados para o nutricionista;
- ❖ Oferecer suplementos nutricionais como suplemento da dieta habitual.

SUPERFÍCIES DE APOIO

26

- A escolha da superfície de apoio deve ter em consideração factores tais como o nível de mobilidade do indivíduo na cama, o seu conforto, considerando o local onde são prestados os cuidados;
- Utilizar colchões e almofadas de espuma;
- Utilizar superfícies de apoio para a prevenção de UP nos calcâneos mantendo-os afastados da superfície;
- Evitar o uso de peles de carneiro sintéticas, dispositivos recortados em forma de anel ou donut.



TRATAMENTO

28

PROCEDIMENTOS PARA LIMPEZA DA FERIDA

29

- Irrigar o leito da ferida com soluções salinas ou água potável;
- Secar a pele circundante, não secar o leito da ferida;
- Desperdiçar a solução de limpeza de forma a evitar a contaminação cruzada;
- Colocar o penso adequado ao tipo de tecido presente na ferida;
- Colocar o penso secundário (se necessário);
- Registar as observações e o tratamento.

DESBRIDAMENTO

30

- Desbridar tecido desvitalizado seleccionando o método mais adequado de desbridamento:
 - Cirúrgico
 - Autolítico
 - Enzimático
 - Mecânico
 - Bioquímico
- Controlar a dor associada ao desbridamento
- Referenciar indivíduos com UP Categoria IV
- Não desbridar lesões isquémicas dos membros inferiores

PENSO IDEAL

31



HIDROCOLÓIDES

32

- Proeminências ósseas em risco de desenvolver UP;
- UP de Categoria II
- UP superficiais, não infectadas, de Categoria III;
- Considerar os pensos cavitários em locas profundas;
- Remover cuidadosamente para prevenir trauma da pele.



HIDROGEL

33

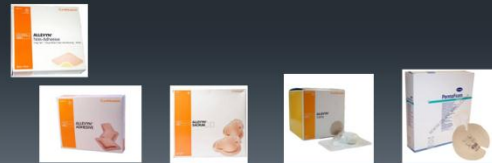
- UP pouco profundas e não exsudativas;
- Feridas com leito seco de forma a humidificá-lo;
- UP não infectadas e com tecido de granulação;
- UP dolorosas.



ESPUMAS

34

- UP de Categorias II e III;
- Evitar utilizar pensos pequenos/tiras para UP cavitárias;
- UP dolorosas;
- Proeminências ósseas em risco de desenvolver UP.



PENSOS COM PRATA

35

- UP infectadas ou altamente colonizadas por bactérias;
- UP com elevado risco de infecção;
- Evitar o uso prolongado de pensos com Prata, suspendendo se infecção controlada.



ALGINATO

36

- UP moderada a altamente exsudativas;
- UP infectadas em combinação com agentes bactericidas;
- Remover o penso cuidadosamente após irrigação;
- Considerar aumentar o intervalo de troca de penso ou mudar o tipo de penso se se apresentar muito seco na altura da sua remoção;
- Propriedades hemostáticas.



HIDROFIBRAS

37

- Material com maior capacidade de absorção;
- UP muito exsudativas;
- Remover o penso cuidadosamente após irrigação;



PENSOS COM MATRIZ DE COLAGÉNIO

38

- UP de Categoria III e IV que não cicatrizam (o leito da ferida deverá estar limpo de fibrina e/ou necrose).



PENSOS DE GAZE

39

- Não utilizar para limpeza de feridas profundas pois provocam dor na remoção e podem destruir tecido viável;
- Usados preferencialmente em feridas cirúrgicas.



PENSOS DE SILICONE

40

- Remoção não traumática;
- Permitem a visualização da ferida;
- Usados preferencialmente quando a pele perilesão se apresenta frágil.



BIBLIOGRAFIA

41

- > BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth. *O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos*. trad. de João Gouveia. Loures, Lusodidacta. 2004. 486p. ISBN 972-8930-03-8
- > EPUAP; NPUAP. *Prevenção de Úlceras de Pressão – Guia de consulta rápido*. trad. de Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. 2009. 24p.
- > EPUAP; NPUAP. *Tratamiento de las úlceras por presión – Guía de referencia rápida*. 2009. 42p.
- > <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/>
- > http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=npua&q&sm=e&q&upl=86612797101333116151010101259110911012315101&bv=on2.orf.qc.r.pw.cf.osb&biw=1024&bih=506&wrapid=tlrf132723535811010&um=1&ie=UTF-8&thm=isch&source=og&sa=N&tab=wj&ei=lgEcT8_4Ecy6sgbAx6FJ

MUITO OBRIGADA!

42

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

SENSIBILIZAÇÃO PARA AS NOVAS GUIDELINES SOBRE AS ÚLCERAS DE PRESSÃO (PREVENÇÃO E TRATAMENTO)

Local – Unidade de Cuidados Intensivos ·

Data – 26 de Janeiro 2012

O objectivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela colaboração.

ESCALA DE AVALIAÇÃO

NADA ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	SEM OPINIÃO	ADEQUADO	MUITO ADEQUADO
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

Formação

	1	2	3	4	5
Adequação do material pedagógico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organização em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conteúdo

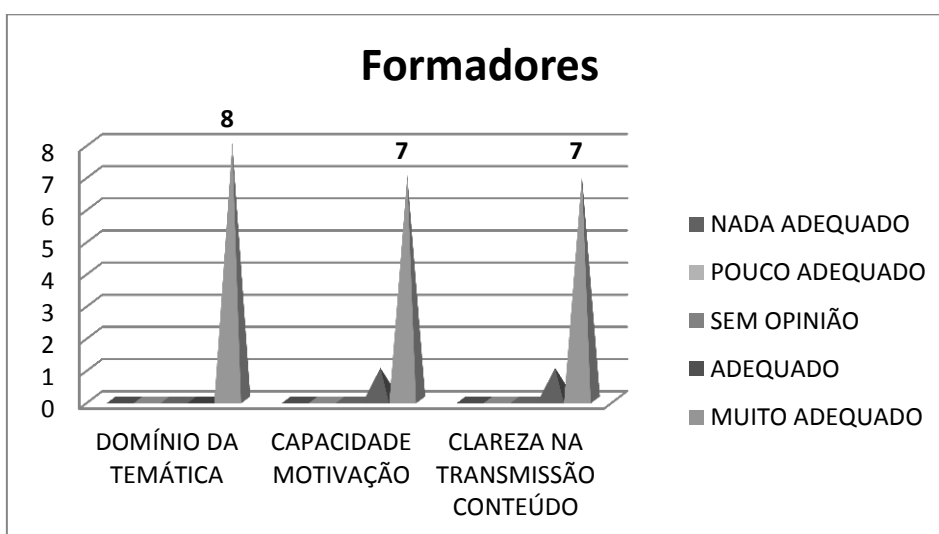
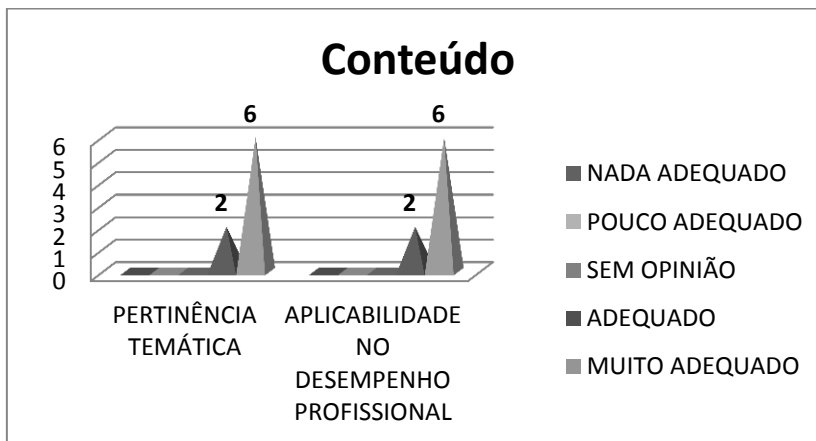
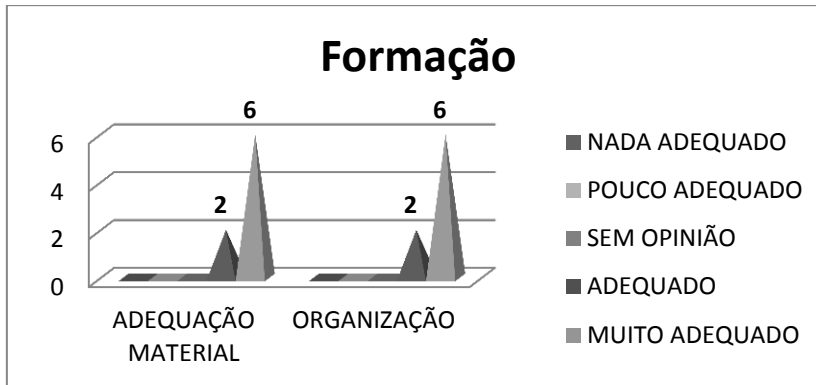
Pertinência da temática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicabilidade da temática no desempenho profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formadores

Domínio da temática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade de motivação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clareza na transmissão do conteúdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “NOVAS GUIDELINES” PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO



4.10- Apêndice10- Ação de Formação sobre triagem de resíduos hospitalares.

- Planeamento da sessão
- Divulgação da sessão
- Slides apresentados durante a ação de formação
- Folha de avaliação da sessão de formação
- Resultados da avaliação da sessão de formação



PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Local: Hospital da Luz (sala de registos da UCI) dia 11 de Janeiro de 2012 às 15h30

Tema: Sensibilização para a importância da Triagem dos Resíduos Hospitalares

Destinatário: Enfermeiros e auxiliares de acção médica

Objectivo: Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCI para uma correcta triagem dos Resíduos Hospitalares.

ETAPAS	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MEIOS AUDIOVISUAIS	TEMPO	AValiação
Introdução	-Apresentação dos formadores. - Abordar o tema. - Informar da organização da sessão.	-Apresentação dos formadores. -Introdução do tema. -Objectivos da sessão.	Método expositivo	Computador	2 minutos	Feedback dos formandos e formadores.
Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos.	- Definição dos resíduos. -Classificação por grupos. - Tratamento.	-Método expositivo -Método participativo	Computador	5 minutos	Interesse e participação demonstrado pelos formandos.
Avaliação	Avaliar os conteúdos leccionados.	Sugestões para mudança de práticas no serviço.	Método participativo		5 minutos	Participação dos formandos.
Conclusão	Reflectir em grupo.	- Esclarecimento de dúvidas. - Agradecimentos.	Método participativo		3 minutos	Preenchimento da folha de avaliação da sessão pelos formandos.



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DA TRIAGEM DOS RESÍDUOS HOSPITALARES

Objectivo Geral

Sensibilizar a equipa de Enfermagem da UCI para uma correcta triagem dos Resíduos Hospitalares.

Objectivos Específicos

- Promover a adopção de boas práticas considerando a legislação em vigor.
- Dar a conhecer o tratamento adequado e diferenciado dos resíduos hospitalares, em função dos grupos a que pertencem.

Actividades

- Sessões informais de formação, durante a Passagem de Ocorrências, sobre a triagem dos resíduos hospitalares.
- Aplicação de inquérito de avaliação das sessões de formação.

Local - Sala de Registos da UCI

Duração - 15 minutos

Data – 11 de Janeiro de 2012

Formadoras: Mónica Tavares e Tânia Vaz de Almeida Pontes

Alunas do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP

Sob orientação dos Enfermeiros Especialistas Paul Titus e Cátia Gonçalves

Sob tutoria da Professora Doutora Helena José e da Professora Mestre Manuela Madureira



HOSPITAL DA LUZ
ESPÍRITO SANTO SAÚDE


MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Triagem de Resíduos Hospitalares

Janeiro 2012

Alunas Especialidade: Mónica Tavares & Tânia Vaz

Orientadas por:
UCP - Professora Doutora Helena José & Professora Mestre Manuela Madureira
UCI - Enfermeiros Especialistas Paulo Titus & Cátia Gonçalves



OBJECTIVOS

Geral

Sensibilizar a **Equipa de Enfermagem** da UCI para uma correcta triagem dos Resíduos Hospitalares.

Específicos

- Promover a adopção de boas práticas considerando a legislação em vigor.
- Dar a conhecer o tratamento adequado e diferenciado dos resíduos hospitalares, em função dos grupos a que pertencem.

DEFINIÇÃO

"Resíduo resultante de actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em actividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos, tais como acupunctura, *piercings* e tatuagens."

Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de Setembro

CLASSIFICAÇÃO

GRUPO I - *Resíduos Equiparados a Urbanos*

GRUPO II - *Resíduos Hospitalares Não Perigosos*

GRUPO III - *Resíduos Risco Biológico*

GRUPO IV - *Resíduos Hospitalares Específicos*

TRATAMENTO

Grupo I: Resíduos equiparados a urbanos

São aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento

Grupo II: Resíduos hospitalares não perigosos

São aqueles que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos

Resíduos Hospitalares

Grupo III: Resíduos hospitalares de risco biológico

São resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano

Grupo IV: Resíduos hospitalares específicos

São resíduos de vários tipos de incineração obrigatória

Classificação dos resíduos hospitalares de acordo com o Despacho n.º 242/96, publicado a 13 de Agosto



GRUPO I E II**Grupo I**

- Resíduos provenientes de serviços gerais e de apoio;
- Embalagens e invólucros comuns;
- Resíduos provenientes de actividades de alimentação, resultantes da confeção e restos de alimentos.



Recicláveis



Saco Preto

Grupo II

- Embalagens vazias de medicamentos e outros produtos de uso clínico ou comum;
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado nos serviços de apoio;
- Frascos de soro não contaminados (com excepção dos do Grupo IV)

7

GRUPO III

- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos provenientes da administração de sangue e seus derivados;
- Sacos colectores de fluxos orgânicos e respectivos sistemas;
- Todo o material utilizado em diálise
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- Material Ortopédico contaminado ou com vestígios de sangue;
- Todos os resíduos biológicos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos
- Epi's utilizados em cuidados de saúde e serviços de apoio geral, em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais)



Saco Branco



8

GRUPO IV

- Material Cortante e Perfurante: agulhas, cateteres e material invasivo



3L 3L

- Produtos Químicos e Fármacos Rejeitados
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua administração;
- Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas



Saco vermelho

9

SUGESTÕES...

- CAIXA PARA FRASCOS DE VIDRO E AMPOLAS NÃO QUEBRÁVEIS NA BANCADA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM.
- FRASCO DESCARTÁVEL PARA COLOCAÇÃO DE AMPOLAS QUEBRADAS.
- CAIXOTE COM SACO PRETO JUNTO AO CAIXOTE COM SACO BRANCO NAS BOXES INDIVIDUAIS DOS DOENTES.
- CAIXOTE COM SACO VERMELHO JUNTO À BANCADA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM.
- RETIRAR CONTENTOR CORTANTES JUNTO AO APARELHO DAS GASIMETRIAS.

10

BIBLIOGRAFIA

- Portaria n.º 43/2011 de 20 de Janeiro. Diário da República. 1ª Série. (11-01-20) 377-466
- Decreto-Lei n.º 178/2006 de 5 de Setembro. Diário da República. 1ª Série (06-09-05) 6526-6545
- PINCHA, C.; TAVARES, M. Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde. [projectação visual]. [2009]. 50 Diapositivos. Hospital da Luz. Lisboa. Portugal

11


<http://ecobatata.blogspot.com/2011/06/lixo-hospitalar.html>



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTANCIA DA TRIAGEM DOS RESÍDUOS HOSPITALARES

Local – Unidade de Cuidados Intensivos

Data – 11 de Janeiro 2012

O objectivo desta avaliação é conhecer a sua opinião. Obrigada pela colaboração.

ESCALA DE AVALIAÇÃO

NADA ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	SEM OPINIÃO	ADEQUADO	MUITO ADEQUADO
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

Formação

Adequação do material pedagógico

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organização em geral

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conteúdo

Pertinência da temática

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formadores

Domínio da temática

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capacidade de motivação

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

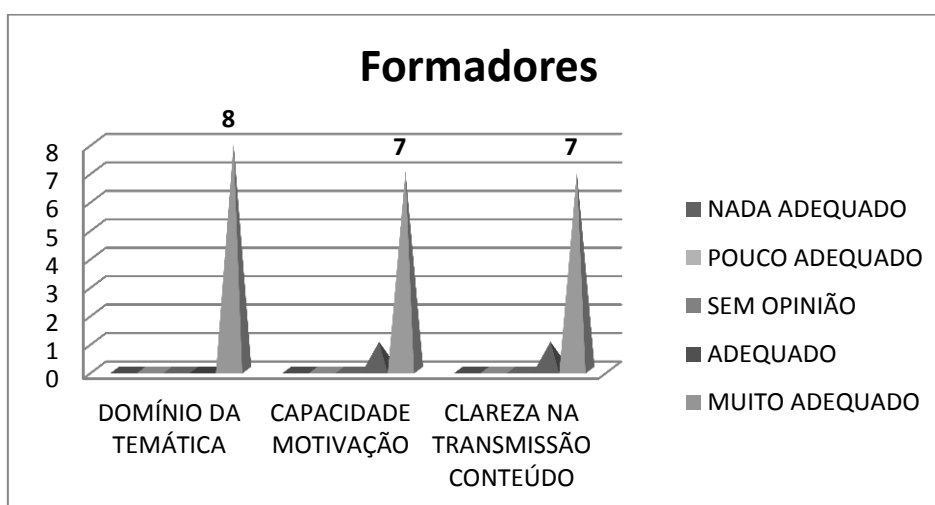
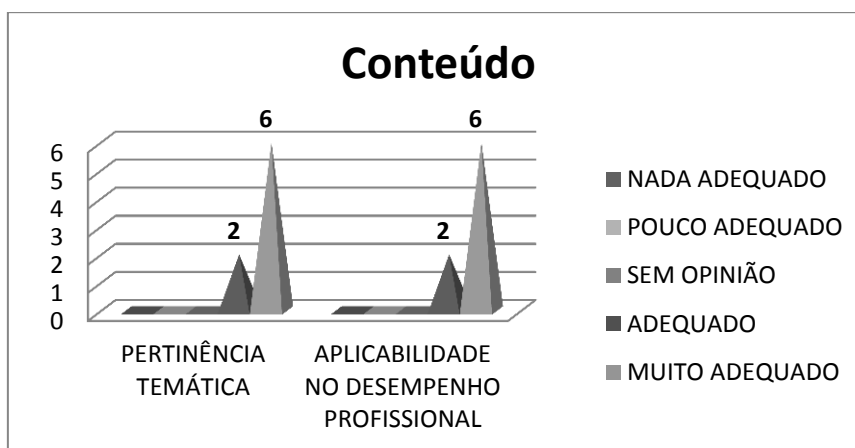
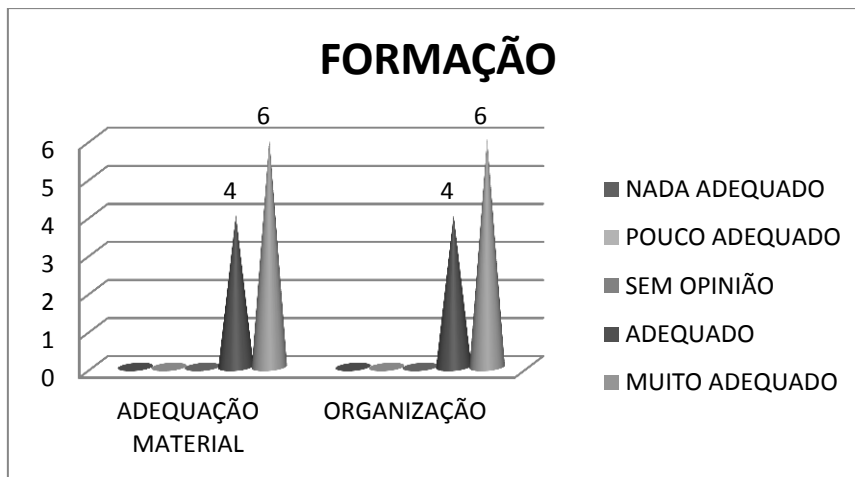
Clareza na transmissão do conteúdo

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RESULTADOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

“SENSIBILIZAÇÃO PARA A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM DOS RESÍDUOS HOSPITALARES”



4.11- Apêndice 11- Norma de administração da alimentação entérica para a UCI.



NORMA DE ADMINISTRAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA PARA A UCI

Aluna Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

Enf^a Tânia Sofia Henriques Vaz de Almeida Pontes

Orientada por:

ICS/ UCP - Professora Mestre Manuela Madureira

Hospital da Luz/ UCI - Enfermeira Especialista Cátia Gonçalves

janeiro de 2012



ÍNDICE

1. OBJECTIVOS	IV
2. ÂMBITO	IV
3. DESCRIÇÃO	V
4. COMPLICAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA E SUA PREVENÇÃO	IX
5. DIETAS ENTÉRICAS DISPONÍVEIS HOSPITAL DA LUZ	X
6- PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA	XI
7.BIBLIOGRAFIA.....	XII

0. INTRODUÇÃO

A elaboração desta norma tem como objectivo uniformizar as práticas de administração da alimentação entérica para os clientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz. A criação desta norma pretende actualizar a já existente no serviço, elaborada em Setembro de 2005.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio referente ao módulo III, do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, que se realizou nesta unidade.

A alimentação Entérica (AE) consiste na administração de soluções nutritivas no tracto gastrointestinal, através de uma sonda, e é actualmente a via de eleição em nutrição artificial sempre que a via oral está contra indicada. Permite-nos preencher as necessidades nutritivas e manter o equilíbrio nutricional do cliente, desde que o mesmo não apresente contra-indicações que excluam o uso desta forma de nutrição.

A alimentação por via entérica é o meio de suporte nutricional standard da UCI devendo ser iniciado tão precocemente quanto possível.

Vantagens:

- Impede a atrofia da mucosa intestinal, renovando as células intestinais.
- Previne a translocação bacteriana de elevadas concentrações de bactérias e endotoxinas.
- Mantém a integridade da mucosa, reduzindo a agressão gástrica e prevenindo a úlcera de stress.
- Reduz a incidência de complicações sépticas por diminuição do risco de infecção.

Desvantagens:

- Regurgitação (risco aspiração).
- Diarreia.
- Estase gástrica (resíduo gástrico quando conteúdo é superior a 200ml).

Contra Indicações absolutas:

- Peritonite generalizada.
- Obstrução intestinal. Ausências de ruídos hidroaéreos.
- Hemorragia gastro intestinal.
- Disrupção anatómica.
- Isquémia intestinal.
- Fistula traqueo-esofágica.
- Situações de choque severo.
- Diarreia grave.

Contra Indicações relativas:

- Instabilidade hemodinâmica.
- Fístula do intestino delgado.
- Anastomose do intestino.
- Refluxo gastro esofágico crónico.
- Elevado risco de aspiração (por motivos clínicos).

Vias de administração:

- Sonda nasogástrica ou orogástrica.
- Sonda nasoentérica: duodenal ou jejunal.
- Gastrostomias.
- Jejunostomias (esofagectomia, gastrectomia, pancreatoduodenectomia, cirurgia hépato biliar, laparotomia por trauma e ressecção do delgado).

Formas de alimentação entérica:

- Contínua

É o método mais comum; a administração faz-se de forma contínua, sem pausa nocturna, em regime de gota a gota, através de bomba infusora. Tem como vantagem permitir a absorção gradual, aumentando o aporte e a eficácia.

- Intermitente

É o método que consiste na administração do volume da alimentação prescrito, dividido em 5x por dia, sendo administrado cada volume por um período de 60 a 120 minutos.

- Por bólus

É o método de administração por seringa, do volume de dieta prescrita dividido em 4 a 6x por dia. Tem a desvantagem de favorecer o refluxo gastroesofágico e a aspiração brônquica. Pode provocar náuseas e diarreia. Está contra indicado nos clientes ventilados com tubo endotraqueal.

1. OBJECTIVOS

- Assegurar as necessidades nutritivas ao cliente incapaz de ingerir alimentos via oral.

Método seguro e eficaz.

- Manter ou restabelecer o equilíbrio nutricional e hidroelectrolítico do cliente.
- Preservar a integridade da mucosa intestinal e das defesas imunitárias.

2. ÂMBITO

Esta norma aplica-se a todos os clientes internados na unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgicos que estejam entubados e tenham indicação médica para iniciar Alimentação Entérica.

3. DESCRIÇÃO

MATERIAL NECESSÁRIO

- Bomba de infusão;
- Sistema infusora de alimentação;
- Adesivo para fixação da sonda à pele;
- Luvas limpas;
- Seringa de alimentação de 100ml;
- Estetoscópio;
- Solução Entérica prescrita;
- Água;
- Copo de plástico;
- Tampa de sonda.

Acções de Enfermagem	Fundamentação
<p><u>Preparação do cliente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se o cliente se encontrar consciente explicar o procedimento, e as suas possíveis complicações. ✓ Elevar a cabeceira da cama a 30º/40º, senão houver contra-indicações clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O cliente e família devem ser esclarecidos das razões que conduzem a este tipo de nutrição, dos objectivos a alcançar e das complicações que possam ocorrer de forma a conseguir alertar o profissional de saúde caso apresente algum sintoma. ✓ Minimizar a ansiedade e o desconforto. ✓ Evita o refluxo gástrico e a aspiração pulmonar da alimentação ou do conteúdo gástrico.

<p><u>Antes de iniciar a alimentação entérica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar se a sonda se encontra no nível correcto: <ul style="list-style-type: none"> - Introduzir 20 a 30cc de ar e confirmar com o estetoscópio sobre o epigástrico; ou - confirmação com Rx. ✓ Avaliar sempre o conteúdo gástrico antes de iniciar a administração da alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permite confirmar o correcto posicionamento da sonda. ✓ Permite verificar a permeabilidade da sonda. ✓ Evita vómitos e regurgitação. ✓ Diminui o risco de broncoaspiração. ✓ Diminui o risco de infecção das vias aéreas superiores. ✓ Permite caracterizar os aspectos morfológicos e quantitativos do conteúdo gástrico e perceber se pode iniciar a alimentação entérica. ✓
<p><u>Ao iniciar a alimentação entérica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se o cliente não apresentar estase gástrica, iniciar a administração da alimentação conforme a prescrição: <ul style="list-style-type: none"> - Verificar o tipo de alimentação e quantidade a administrar; - Iniciar a alimentação o mais precocemente possível, a um ritmo lento 21 cc/h que vai sendo progressivamente aumentado, de acordo com a tolerância do doente até atingir 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar a intolerância gastrointestinal. ✓ Permite atingir o ritmo prescrito, de acordo com as necessidades do cliente. A dose total de administração deve ser atingida até 48h a 72h. ✓ Devem estar prescritos pró-cinéticos e profilaxia de úlcera de stress para manter o pH gástrico.

<p>o ritmo da prescrição médica,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conteúdo gástrico de 4/4 horas e, se tolerar, aumentar o ritmo de perfusão - Privilegiar a alimentação contínua, mantendo a administração a uma velocidade constante, quando alcançada a dose prescrita; <p>✓ Administrar a alimentação à temperatura ambiente.</p>	
<p><u>Manutenção da alimentação entérica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Após iniciar a alimentação verificar se há intolerância alimentar: náuseas, cólicas, distensão abdominal ou diarreia. ✓ Avaliar o resíduo gástrico de 4/4 horas, considerando que este não deve ser superior a 200cc ou a 2x o ritmo de infusão. No caso de existir estase gástrica deve reintroduzir-se o conteúdo até 100ml e suspender a alimentação. Após uma hora de pausa, reavaliar de novo: 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Detectar sinais de intolerância alimentar e tentar resolvê-los. ✓ Prevenir aspiração brônquica

<p>- se continuar a apresentar resíduo gástrico deve colocar-se a sonda em drenagem passiva e comunicar ao médico;</p> <p>- se já não apresentar resíduo gástrico reiniciar a alimentação entérica a um ritmo lento, que irá progredindo consoante a tolerância do doente.</p> <p>✓ Administrar 20 a 30cc de água sempre que a alimentação seja interrompida, sempre que se administrar terapêutica (antes e após) e quando se suspeitar de obstrução da sonda.</p> <p>✓ Fazer uma pausa alimentar colocando a SNG em drenagem sempre que se efectuem técnicas invasivas, indicação cirúrgica, exames complementares de diagnóstico.</p>	<p>✓ Permite assegurar a permeabilidade da sonda;</p> <p>✓ Permite a administração imediata da terapêutica prescrita.</p> <p>✓ Evita a contaminação pela subida de microrganismos.</p> <p>✓ Evitar a aspiração brônquica</p>
<p>✓ Substituir o frasco da solução entérica em cada administração e o sistema a cada 24h, no turno da noite;</p> <p>✓ Substituir a seringa de alimentação cada 24h e sempre que necessário.</p>	<p>✓ Minimizar o risco de colonização e infecção.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efectuar os registos: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo e calibre da sonda e nível de introdução; - Tipo de alimentação entérica, ritmo de infusão, horas de administração; - Características e quantidade do conteúdo gástrico; - Quantidade administrada e reacções do cliente, nomeadamente sinais de intolerância gástrica - Número e características das dejectões. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permite uma correcta avaliação do estado nutricional do cliente; ✓ Permite a continuidade dos cuidados.
--	--

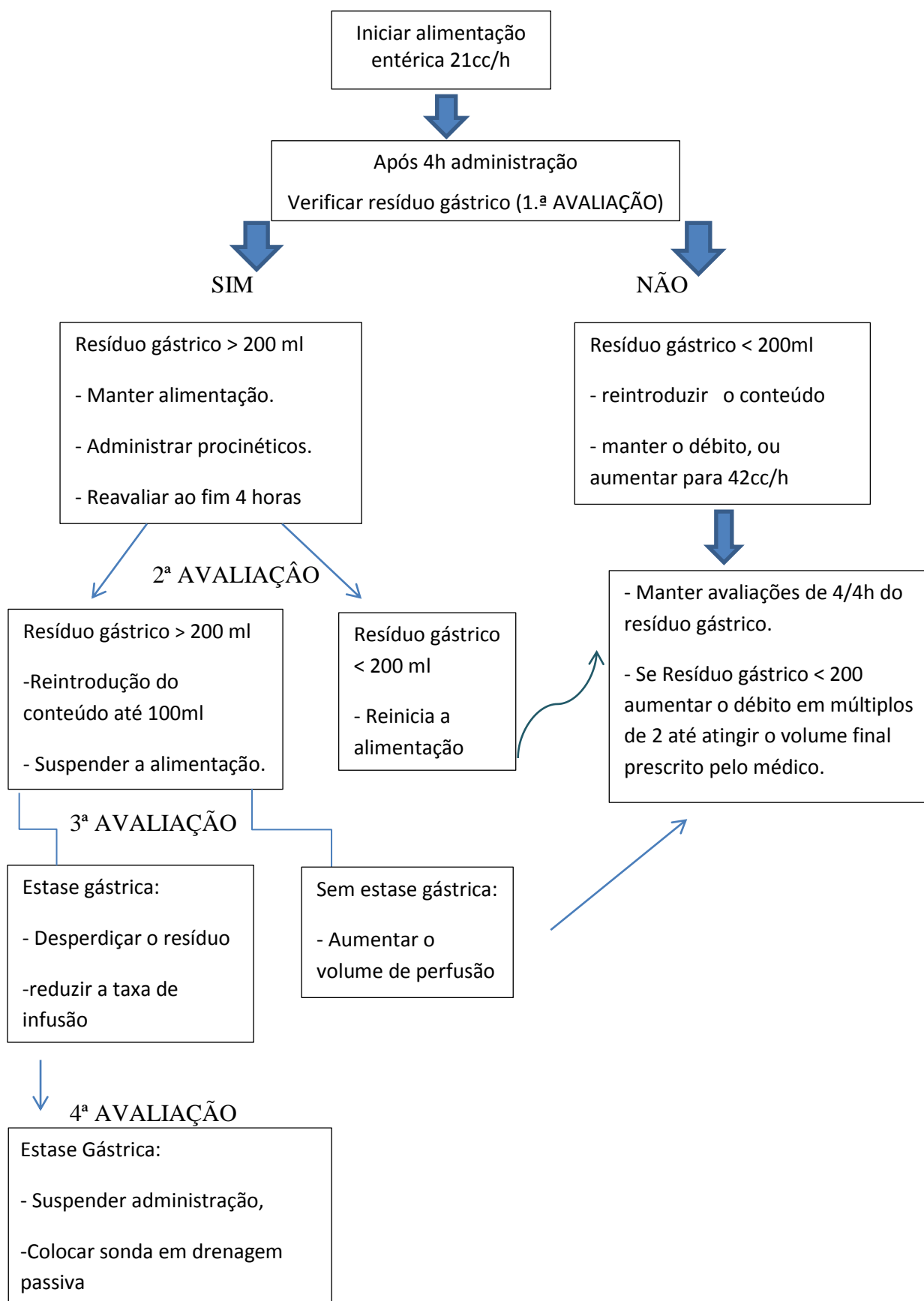
4. COMPLICAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA E SUA PREVENÇÃO

- ✓ REGURGITAÇÃO/ASPIRAÇÃO
 - Conservar a cabeceira elevada, pelo menos 30°
 - Aspirar o conteúdo de imediato e provocar tosse
- ✓ DESLOCAÇÃO DA Sonda
 - Fixação da sonda com adesivo, que deve ser trocado sempre que se encontre sujo ou descolado.
- ✓ OBSTRUÇÃO DA Sonda
 - Administrar a alimentação a um ritmo constante.
 - Administrar água antes e após a administração da terapêutica.
- ✓ NAÚSEAS/ VÓMITOS
 - Administrar alimentação à temperatura ambiente.
 - Administrar a um ritmo constante e tolerável pelo doente.

- Interromper a administração se as náuseas permanecerem e avisar o médico.
- ✓ **CONTAMINAÇÃO BACTERIANA**
 - Substituir os sistemas de alimentação diariamente.
 - Substituir a seringa de administração da alimentação diariamente e em SOS.
 - A embalagem da dieta entérica não deve estar aberta mais que 24h.
- ✓ **DESIDRATAÇÃO**
 - Vigiar o estado da pele e mucosas ou queixas de sede referidas pelo cliente.
 - Administrar água sempre que necessário se não houver restrição hídrica.
- ✓ **DIARREIA**
 - Não se deve aumentar o ritmo da perfusão.
 - Contactar o médico para administração de terapêutica e eventualmente alteração do tipo de dieta.
- ✓ **OBSTIPAÇÃO**
 - Podem ser administrados laxantes ou clisteres.
 - Reforço de água/líquidos.

5. DIETAS ENTÉRICAS DISPONÍVEIS HOSPITAL DA LUZ

- Dieta completa polimérica e isocalórica: Nutricomp standart (*B BRAUN*) 500 ml
- Dieta completa enriquecida em fibra solúvel e insolúvel: Nutricomp fibras (*B BRAUN*) 500 ml
- Dieta completa enriquecida em fibra solúvel: Novasource GI control (*Novartis*) 500ml
- Dieta hipercalórica: Isosource Energy (*Novartis*) 500 ml
- Suplementos alimentares:
 - Fortimel com e sem lactose (*Nutricia*)- suplemento proteico
 - Diasip (*Nutricia*)- suplemento diabético
 - Cubitan (*Nutricia*)- suplemento para úlceras de pressão
 - Nutidrink (*Nutricia*)- suplemento calórico

6- PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

7. BIBLIOGRAFIA

- Manual de Suporte Nutricional, Setembro 2005, Hospital da Luz- Unidade de Cuidados Intensivos, 17 páginas.
- www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/2/183-190.pdf
- www.infarmed.pt
- www.apnep.pt (associação portuguesa nacional de alimentação entérica e parentérica)

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.